

# Anamnese- und Beratungsbogen

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_, in: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ ggf. tagsüber: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuches?  
(z. B. Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.) \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_  Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Allergie? \_\_\_\_\_

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?  Ja  Nein Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?  Ja  Nein Wenn ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Leiden/litten Sie an einer der nebenstehend aufgeführten Erkrankungen?	Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Endokarditis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzfehler/Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Glaukom, erh. Augeninnendr.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Blutkrankheit /Blutarmut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Depressionen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	chron. Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Organtransplantat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Künstliches Gelenk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tragen Sie in Hörgerät	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?  Ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger?  Ja Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_  Nein

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt?  Ja Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie schon einmal eine örtliche Betäubung erhalten?  Ja  Nein Gab es Komplikationen?  Ja  Nein

**Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von örtlichen Betäubungen und Medikamenten, die vor oder während der Behandlung verabreicht werden, bis zu 6 Stunden nach der Behandlung beeinträchtigt sein kann.**

Wünschen Sie eine gezielte Beratung?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, über Karies- und Parodontosevorsorge            | <input type="checkbox"/> Ja, über Implantate               |
| <input type="checkbox"/> Ja, über professionelle Zahnreinigung               | <input type="checkbox"/> Ja, über Gold- bzw. Keramikinlays |
| <input type="checkbox"/> Ja, über Amalgamaustausch und Alternativmaterialien | <input type="checkbox"/> Ja, zu Sonstigem _____            |

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen?  Ja Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_