



## ANAMNESEBOGEN / ERHEBUNGSBOGEN

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen / Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Die Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

### ALLGEMEINE ANGABEN

**Patient:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

**Versicherter:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

**Versicherung:**  gesetzliche Versicherung  private Versicherung  
 freiwillig versichert  Vollversicherung  
 Zusatzversicherung  beihilfeberechtigt  
 Kostenerstattung  Basistarif  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Anschrift:** Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**  Internet  Werbung  Lage im Ärztehaus Pasing  
 google  Anzeige in einer Zeitung  
 jameda  Bekannte / Sonstige  
 Andere: \_\_\_\_\_ falls ja, durch wen: \_\_\_\_\_  
 Empfehlung falls ja, durch wen: \_\_\_\_\_

### GESUNDHEITSFragen

Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

	Bitte ausfüllen oder ankreuzen	Ja	Nein
<b>Herzkrankungen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herzschwäche (Insuffizienz)</li> <li>Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)</li> <li>Herzasthma, Angina pectoris</li> <li>Herzschrittmacher</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Kreislaufkrankungen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu hoher Blutdruck</li> <li>zu niedriger Blutdruck</li> <li>Herzinfarkt,</li> <li>falls ja, wann? _____</li> <li>Einnahme gerinnungshemmender Medikamente</li> <li>Ohnmachtsanfälle</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)</li> <li>Magen-Darm-Erkrankungen</li> <li>Schilddrüsenerkrankungen</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>epileptiforme Anfälle/Krämpfe</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blutungsneigungen (Hämophilie)</li> <li>Blutarmut (Anämie)</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Allergien:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicillin-Überempfindlichkeit</li> <li>Asthma</li> <li>Besitzen Sie einen Allergiepass?</li> <li>Überempfindlichkeit</li> <li>gegen _____</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)</li> <li>Tuberkulose</li> <li>MRSA - Krankenhauskeim</li> <li>Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) oder deren Varianten</li> <li>Aids, HIV-positiv</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Immunsystem:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?</li> <li>falls ja, an welchen? _____</li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?</b>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?</b>	_____		
<b>Weitere Angaben:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wann wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt? _____</li> <li>Sind Sie schwanger (falls ja, in welchem Monat?) <input type="radio"/></li> </ul>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Erlaubnis zur Terminerinnerung durch SMS bzw. E-Mail:  Ja  Nein