
Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Geb. am: _____ Geburtsort: _____

Beruf: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Besteht eine Pflegebedürftigkeit oder eine Eingliederungshilfe?

Wenn ja, bitte Nachweis über Pflegegrad oder entsprechenden Bescheid uns vorlegen.

Recall-Service

Möchten Sie von uns an Ihren halb-jährlichen Kontrolltermin erinnert werden? **(ja) (nein)**

Möchten Sie von uns per **E-Mail** oder per **Brief** angeschrieben werden?

Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

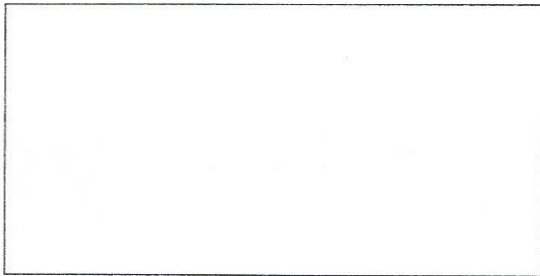
Mir ist bekannt, dass dieser Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich habe die Datenschutzerklärung für Patienten gelesen und zur Kenntnis genommen.

(ja) (nein)

Telefonnummer:	
Handynummer:	
E-Mail:	

Datum _____ Unterschrift _____



Praxisstempel

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:.....

Vorname:.....

Geb.datum:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | Ja | Nein |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| 4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 5. Besitzen Sie einen Allergiepass? | Ja | Nein |
| 6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Materialien? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Arzneimitteln? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Ja | Nein |
| 7. Haben Sie eine | | |
| – Penicillinallergie? | Ja | Nein |
| – Jodallergie? | Ja | Nein |
| – Latexallergie? | Ja | Nein |

8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein
 Wenn ja, welche?.....

- Angeborener oder erworbener Herzfehler? Ja Nein
 - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja Nein
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein
 - Herzoperationen? Ja Nein
 - Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja Nein
 - Lebererkrankungen? Ja Nein
 - Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja Nein
 - Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
 - Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
 - Schlaganfall? Ja Nein
 - Nierenerkrankungen? Ja Nein
 - Diabetes? Ja Nein
 - Magen-Darmerkrankung? Ja Nein
 - Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
 - Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja Nein
 - Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja Nein
 - Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
 - Nervenerkrankungen? Ja Nein
 - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja Nein
 - Sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem Körperbereich?

11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein

12. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein

13. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein

14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
 Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein

15. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
 In welchem Körperbereich?

16. **Bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?.....

17. **Bei Männern:**

Nehmen Sie Viagra ein? (**Wichtig** für die Behandlung bei Notfällen) Ja Nein

18. Name und Anschrift des Hausarztes:.....
.....
.....

19. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?.....
.....

20. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?

21. **Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:**

- **Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein! Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.**

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten