



## Personalien

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| Name         | Vorname                 |
| Straße       | Postleitzahl / Ort      |
| Tel.Nr.:     | Mobiltelefon            |
| E-mail       | Geburtsort              |
| Krankenkasse | Zahnezusatzversicherung |

## Anamnesebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand angepasste Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese bitte mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Seit der Einführung des Patientenrechtegesetz (BGB; 2.2013; §620 f) wird zum Zweck der Dokumentation eine regelmäßige Aktualisierung der Anamnese eindeutig gefordert.

**Bitte nennen sie uns Ihren Arzt/ Ihre Ärztin, wenn Sie wegen einer der Erkrankungen in Behandlung sind:**

Arzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie unter folgenden Erkrankungen?**

- HIV, bzw. AIDS, Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?**

### Herz

- Zustand nach Infarkt. Seit wann?.....
- Herzinsuffizienz. Seit wann?.....
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperationen. Seit wann?.....
- Herzklappenersatz. Seit wann?.....
- Schrittmacher. Seit wann?.....

### Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Schlaganfall. Seit wann?.....

## Erkrankung des blutbildenden Systems

- Bluter

## Atemwege/Lunge

- Asthma

## Magen-Darm-Trakt

- Magen-Darm-Erkrankung

## Blasen - Nieren

- Nierenerkrankung
- Dialyse

## Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis

## Bewegungsapparat

- Rheuma
- Osteoporose

## Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle

## Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). Wenn ja, welcher Typ?.....
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

## Sonstige medizinische Informationen

- Haben sie eine weitere hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?.....
- Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente?  Marcumar,  ASS,  Clopidogrel,  Pradaxa,  Xarelto,  Heparin
- Haben sie jemals Medikamente der Bisphosphonatgruppe (z.B. bei Knochentumor) bekommen?
- Sind Sie allergisch gegen Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?.....
- Haben Sie ein Implantat ?
- Rauchen Sie?

## Verkehrsuntüchtigkeit

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen 24h beeinträchtigt sein kann. Sowohl durch die Behandlung, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

---

Oberhausen, den

---

Unterschrift