

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

NAME, VORNAME PATIENT _____ **GEB.** _____ **FON** _____

MAIL _____ **ADRESSE** _____

IHR HAUSARZT _____ **ADRESSE** _____ **FON** _____

IHR ZAHNARZT _____ **ADRESSE** _____ **FON** _____

LEIDEN SIE DERZEIT ODER LITTEN SIE JEMALS AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

HERZ/KREISLAUF:

JA **NEIN**

- Herzfehler Angina pectoris
- Herzinfarkt Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck Rhythmusstörungen
- Herzschwäche

oder _____

GEFÄSSE:

JA **NEIN**

- Schlaganfall Durchblutungsstörungen
 - Krampfaderen Thrombosen
- oder _____

ATEMWEGE / LUNGE:

JA **NEIN**

- Asthma Lungenentzündung
 - Tuberkulose Chronische Bronchitis
 - Schlafapnoe Schnarchen Sie?
 - Lungenblähung
- oder _____

LEBER:

JA **NEIN**

- Gelbsucht Leberverhärtung
 - Fettleber Gallensteine
 - Hepatitis A B C
- oder _____

MAGEN / DARM:

JA **NEIN**

- Geschwür Engstelle Sodbrennen
 - Refluxkrankheit Verdauungsstörungen
- oder _____

STOFFWECHSEL:

JA **NEIN**

- Zuckerkrankheit:
- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion Kropf
- oder _____

SKELETTSYSTEM:

JA **NEIN**

- Gelenkerkrankungen Rückenbeschwerden
 - Bandscheibenbeschwerden
 - Muskelschwäche Muskelerkrankungen
 - Fibromyalgie
- oder _____

NERVEN/GEMÜT:

JA **NEIN**

- Krampfanfälle (Epilepsie) Lähmungen
 - Depressionen Angstzustände
- oder _____

AUGEN:

JA **NEIN**

- Grüner Star Grauer Star
 - Starke Einschränkung der Sehkraft
 - Blindheit
- oder _____

BLUT:

JA **NEIN**

- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
 - häufiges Nasenbluten
 - blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
 - Nachbluten nach Operationen
- oder _____

ALLERGIE UND ODER

JA **NEIN**

ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN:

- Heuschnupfen Nahrungsmittel
 - Fruchtzucker Medikamente
 - Jod Pflaster
 - Latex – z.B.: Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe
- oder _____

SIND SIE SCHWANGER?

JA **NEIN**

- Welche Schwangerschaftswoche? _____

IMMUNSCHWÄCHE:

JA **NEIN**

- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantation
 - AIDS
- oder _____

KNOCHEN:

JA **NEIN**

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?? _____

- Wann? Mit welchem Präparat? _____

ANDERE ERKRANKUNGEN/

BEHINDERUNGEN?

JA **NEIN**

RAUCHEN SIE?

JA **NEIN**

- Wie viel durchschnittlich? _____

TRINKEN SIE ALKOHOL?

JA **NEIN**

- Gelegentlich
- Regelmäßig, wie viel? _____

GERINNUNGSHEMMENDE MEDIKAMENTE:

DAUERHAFT ODER IN DEN LETZTEN TAGEN

ZUM BEISPIEL:

JA **NEIN**

- Aspirin® ASS Marcumar®
- Ticlopidin Plavix®/Clopidogrel
- Pradaxa® Xarelto® Eliquis®
- Aggrenox® Efigent®

oder _____

REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTE:

JA **NEIN**

- Schmerzmittel „Antibabypille“
- Blutdruckmedikamente Herzmedikamente
- Psychopharmaka Antidiabetika

oder _____

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe.

DATUM _____ **UNTERSCHRIFT** _____