Anamnese

ZAHNÄRZTE FREDENBECK

Liebe Patientin, lieber Patient,
Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Bitte bei allen Fragen Zutreffendes ankreuzen.

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Herzerkrankungen			HIV-Infektion / AIDS			Schilddrüsenerkrankungen		
Herzklappenersatz			Bluterkrankungen			Nierenfunktionsstörungen		
Asthma			Blutgerinnungsstörungen			Grüner Star / Glaukom		
Diabetes			Krankenhauskeim MRSA			Tumor / Karzinom / Krebs		
Rheuma			Leberkrankheiten			Nehmen / Nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosponate?		
Osteoporose			Hepatitis A / B / C					
TBC / Tuberkulose			Epilepsie					

Ihr Hausarzt:

Name | Anschrift | Telefon

b) Bestehen Allergien? ja nein Wenn ja, welche?
Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein

c) Herzinfarkt ja nein
Schlaganfall ja nein
Lähmungen ja nein
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein Wenn ja, welche?

d) Blutdruck niedrig normal hoch

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein Wenn ja, welche?
4. Rauchen Sie? ja nein
5. Schnarchen Sie? ja nein
6. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein Wenn ja, welche?
7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss Ggf. wievielte Woche?
8. Haben Sie aktuell Zahnschmerzen oder Schmerzen im Mund- oder Kieferbereich? ja nein
9. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein Unfalldatum Art d. Verletzung
10. Sonstige Erkrankungen / Angaben
11. Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?
12. Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor? ja nein Wenn ja, welcher Schweregrad?
13. Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein **Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**
14. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)
15. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Name in Druckbuchstaben | Datum | Unterschrift Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/-r | Unterschrift Zahnarzt