

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!
Herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir bitten Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Sie bestmöglich behandeln können. Bitte teilen Sie uns jegliche Veränderungen an diesen Angaben umgehend mit! Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.



Dr. med. dent.
Birgit Knop
& Kollegen

PERSÖNLICHES

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Straße, Nr. PLZ, Ort

Telefon Festnetz Telefon Arbeit Telefon Mobil

E-Mail

KRANKENVERSICHERUNG / HAUSARZT

Krankenkasse (Familierversicherung: Name des Hauptversicherten)

gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung privat versichert beihilferechtigt

Name und Praxisadresse des Hausarztes:

Name Adresse

GESUNDHEITSSITUATION

	ja / nein		ja / nein
Herzerkrankungen (z.B. Infarkt / Stent / Bypass / Herzklappenersatz, -Schrittmacher)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung / Chemotherapie / Bestrahlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar / ASS / Xarelto / Plavix / Clexane / Eliquis / Pradaxa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporose / Bisphosphonat-Therapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. HIV / Aids, Hepatitis, Tuberkulose, ORSA / MRSA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ist eine Endokarditis-Prophylaxe notwendig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel/Tag?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle / Epilepsie / Depressionen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bekannte Narkosemittel-Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sind andere Allergien bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Herzmedikamente:	
Nierenerkrankungen / Dialyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cortison:	
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schmerzmittel:	
Lungenerkrankungen (z.B. COPD / Asthma)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Antidepressiva:	
Blutdruck: <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		Sonstige:	
		Medikamentenunverträglichkeit (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Datum Unterschrift