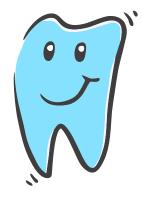
Zahnärztliche BAG Kai Altmann Jennifer Altmann

## Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Geburtsdatum, Geschlecht: O m O w				
Postleitzahl, Ort Telefon (geschäftlich)				
Beruf				
⊃ ja ⊙ nein Basistarif ⊙ ja ⊙ nein				
O ja ⊙ nein Zusatzversicherung ⊙ ja ⊙ nein				
erungsmitglied nicht identisch, bitte die folgenden				
Geburtsdatum				

## Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des			W	Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie ein/n				
Herzens oder Kreislaufs Leber Nieren Hoher Blutdruck (Hypertonie) Niedrieger Blutdruck (Hypotonie) Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankung Lungenerkrankung	O Ja O Ja	O Nein	0	Routinekontrolle		O neu	en Zahnersatz	
			0	Beratung		O "zwe	eite Meinung"	
			0	Schmerzbehandlung	J	O and	ere Gründe	
				nd bei Ihnen jemals edikamente oder Sp				
Infektionskrankheiten:			0	ja O nein				
HIV Tuberkulose Hepatitis	O Ja O Ja	<ul><li>Nein</li><li>Nein</li><li>Nein</li></ul>	W	enn ja, gegen welche	?			
Wenn ja, welcher Typ Sonstige Infektionen / Erkrankung	O A C	A O B O C	Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie					
Solistige illektioner/ Erklankung	en.		0	eine Herzklappenent	tzündung	O Angi	na Pectoris	
			0	einen Herzschrittma	cher	O einer	n Herzinfarkt	
Maitana Fulmanlauranaa			0	eine Herzerkrankung	g	O eine	Herz-OP	
Weitere Erkrankungen:  Asthma Rheuma Epilepsie Diabetes Nierenfunktionsstörungen Osteoporose Ohnmachtsneigung	O Ja O Ja O Ja O Ja O Ja O Ja	Ja O Nein Ja O Nein Ja O Nein Ja O Nein Ja O Nein		eine Endokarditispro orderlich?	phylaxe	О ја	O nein	
			Me	edikamente: Nehme	n Sie			
			0	Herzmedikamente		O Corti	son (Kortikoide)	
andere:			0	Schmerzmittel		O Antid	lepressiva	
			0	blutverdünnende Me	edikamente,	z.B. Ma	rcumar®, ASS?	
Allgemeine Angaben:				O andere Medikamente? Wenn ja, welche?				
Drogenkonsum Alkoholgenuss	O Ja O Ja	O Nein O Nein						
Raucher O Ja O Nein								
Kürzliche Röntgenuntersuchung		Für unsere Patientinnen						
Wenn ja, Datum / Körperteile:			Sii	nd Sie schwanger?		🔿 ја	O nein	
Allergien Wenn ja, wogegen?	O Ja	O Nein	W	enn ja, welche Woche	e?			
Fragen / Anmerkungen:								

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig: