



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren  
bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur  
allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei  
Unklarheiten können Sie uns gerne fragen. Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden  
Erkrankungen?

**Name:** \_\_\_\_\_

### **Herzkreislaufsystem:**

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

\_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  
oder \_\_\_\_\_

### **Gefäße:**

- Schlaganfall
  - Thrombosen
  - Durchblutungsstörungen
  - Krampfadern
- oder \_\_\_\_\_

### **Blut:**

- Gerinnungsstörungen
  - ..auch bei Blutsverwandten
  - Nachblutungen nach Operationen
  - häufiges Nasenbluten
  - blaue Flecken auf leichtere  
Berührungen
- oder \_\_\_\_\_

### **Atemweg/ Lunge:**

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?  
oder

### **Augen:**

- Grüner Star
  - Grauer Star
  - starke Einschränkung  
der Sehkraft
  - Blindheit
- oder \_\_\_\_\_

### **Skelettsystem/ Knochen:**

- Osteoporose
  - Gelenkerkrankungen
  - künstliche Gelenke
  - Muskelerkrankungen
  - Fibromyalgie
- oder \_\_\_\_\_

**Leber:**

- Fettleber
  - Leberzirrhose
  - Hepatitis  A  B  C
  - Gelbsucht
  - Gallensteine
- oder \_\_\_\_\_

**Nieren:**

- Nierensteine
  - Nierenentzündung
  - Dialysepflichtig
- Oder \_\_\_\_\_

**Magen/ Darm:**

- Verdauungsstörungen
  - Sodbrennen
  - Refluxkrankheit
  - Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Medikamente:**

- Blutdruckmedikamente
  - Herzmedikamente
  - Schmerzmittel
  - Rheumamittel
  - Psychopharmaka
  - „Antibabypille“
  - Antidiabetika
  - Bisphosphonate
  - Gerinnungshemmende Medikamente
- Welche (z.B. ASS, Marcumar)? \_\_\_\_\_
- 
- welche \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen oder Behinderungen:**

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs
- Oder \_\_\_\_\_

- ständige ärztliche Behandlung
- weshalb \_\_\_\_\_

- ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei**

- Spritzen
  - Medikamenten
- welche \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:**

- Zuckerkrankheit:
    - Diabetes mellitus Typ I
    - Diabetes mellitus Typ II
  - Schilddrüsenunterfunktion
  - Schilddrüsenüberfunktion
- oder \_\_\_\_\_

**Nerven/ Gemüt:**

- Krampfanfälle
  - Lähmungen
  - Depressionen
  - Angstzustände
- oder \_\_\_\_\_

**Allergien z.B.:**

- Heuschnupfen, Speisen
  - Antibiotika
  - Schmerzmittel
  - Jod
  - Latex (z.B. Handschuhe)
  - Metalle
- oder \_\_\_\_\_
- 
- 
- Allergiepass vorhanden**

**Immunschwäche:**

- Einnahme von Cortison
  - AIDS, HIV
  - Bestrahlung, Chemotherapie
  - Blutkrebs
- oder \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**

Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Wieviel durchschnittlich am Tag? \_\_\_\_\_

**Wer ist ihr Hausarzt und/ oder Facharzt?**

---

**Möchten Sie regelmäßig von uns an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden (Recallsystem)?**

---

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendatengemäß

Art. 6 ,7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann(Art./ Abs. 3 DSGVO)

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

**Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung stark eingeschränkt sein kann.  
Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.**

***Bitte halten Sie Ihre Termine ein oder geben Sie rechtzeitig Bescheid wenn Sie diese nicht einhalten können!***

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_