



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: _____