ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis im Leinetal

Dr. Pia Bodenburg

Im Bache 23 | 37120 Bovenden
Tel. 0551 8075
info@zap-leinetal.de
www.zap-leinetal.de

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Vielen Dank für Ihren Besuch. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte beachten Sie: Betäubungsmittel und Lokalanästhetika (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Patientin/Patient .....
Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied .....
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift .....
Straße/Hausnr. PLZ/Ort

.....
Telefon E-Mail

	ja	nein
1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	☐	☐

Warum? .....

Hausarzt .....

Bisheriger Zahnarzt .....

2. Rauchen Sie?	☐	☐
3. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	☐	☐
4. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	☐	☐
5. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	☐	☐
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	☐	☐
Endokarditis	☐	☐
Herz-Kreislauf-Störungen	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
sonstige Herzerkrankungen	☐	☐

	ja	nein
Herzrhythmusstörungen	☐	☐
Herzinsuffizienz	☐	☐
Herzschrittmacher/Defibrillator	☐	☐
Koronare Herzkrankheit/Angina Pectoris	☐	☐

.....

6. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis)? ☐ ja ☐ nein

BITTE WENDEN →

	ja	nein
7. Haben/hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	☐	☐
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	☐	☐
• insulinpflichtig	☐	☐
• HbA1c-Wert		
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Gicht	☐	☐
Asthma/Lungenerkrankungen	☐	☐
Lebererkrankung	☐	☐
Nierenerkrankung/Dialysepatient/-in	☐	☐
Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)	☐	☐
Allergien bzw. Unverträglichkeiten	☐	☐
☐ Penicillin ☐ Jod ☐ Ibuprofen ☐ Latex		
andere Allergien bzw. Unverträglichkeiten		
.....		

	ja	nein
Schlaganfall	☐	☐
Epilepsie (Anfallsleiden)	☐	☐
Ansteckende Krankheiten	☐	☐
☐ Hepatitis ☐ TBC ☐ HIV positiv		
andere ansteckende Krankheiten		
.....		
Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	☐	☐
Tumorleiden	☐	☐
Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie oder Bestrahlung durchgeführt?	☐	☐
Wurde bei Ihnen eine Behandlung mit Bisphosphonaten durchgeführt?	☐	☐

8. Andere Erkrankungen, die NICHT aufgeführt sind:

.....

.....

9. Haben Sie in den letzten 2 Jahren ein künstliches Gelenk erhalten? ☐ ja ☐ nein

Wann? ..... Welches? .....

10. Haben Sie regelmäßig Kopfschmerzen? ☐ ja ☐ nein

11. Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen? ☐ ja ☐ nein

12. Haben Sie Angst vor der Behandlung? ☐ ja ☐ nein

13. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....

.....

14. Wann wurden Sie zum letzten Mal zahnärztlich geröntgt? Datum (ungefähr) .....

15. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

16. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....

.....

Datum Unterschrift Patientin/Patient

.....

Datum Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt