

Anamnesebogen Erwachsene

Die mit Stern (*) markierten Felder sind zwingend auszufüllen.

(Bitte deutlich und in DRUCKBUCHSTABEN schreiben)

weiblich* männlich*

Nachname*: Vorname*: Geburtsdatum*:

Straße*: PLZ/Ort*:

Tel./Handy*: Email*:

Sind Sie familienversichert?

ja nein

Wenn ja, bei wem?

Name

Tel./Handy

Straße

PLZ/Ort

→ **Behandelnde/r Zahnärztin / Zahnarzt***:

Gesetzliche Krankenkasse (Name):

Privat versichert (Versicherung):

Beihilfestelle:

Rentenempfänger/in:

Sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung oder früher schon einmal behandelt worden? ja nein

Behandler wann

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck ja nein niedriger Blutdruck ja nein

Herzinfarkt ja nein Schlaganfall ja nein

Herz-Operationen ja nein Blutgerinnungsstörung ja nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) ja nein Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Herz- und Blutdruckmedikamente:

Rheumatische Erkrankungen: ja nein

Rheumamedikamente:

Bitte beachten Sie die Rückseite (Seite 2)

Infektiöse Erkrankungen

- HIV Infektion / AIDS: ja nein
- Hepatitis / Gelbsucht: (wenn ja, welche A B C D) ja nein
- Tuberkulose (TBC): ja nein
- HSV positiv (Herpes): ja nein
- Andere Infektionskrankheiten: (wenn ja, welche) ja nein
- Medikamente zu o.g. Erkrankungen:

Krebs / Tumore ja nein

Krebs-Medikamente:

Sonstige Erkrankungen

- Neurologische Erkrankungen: ja nein
- Anfallsleiden(Epilepsie): ja nein
- Lungenerkrankungen (Atemnot/ Asthma/Mukoviszidose): ja nein
- Diabetes / Zuckerkrankheit: ja nein
- Schilddrüsenerkrankungen: ja nein
- Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen: ja nein
- Immun-Erkrankungen: ja nein
- Osteoporose: ja nein
- Nehmen sie regelmäßig Bisphosphonate ein? ja nein
- Andere nicht erwähnte Erkrankungen oder Medikamente? ja nein

(Welche?)

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Allergiepass ausgestellt im Jahr:

- Latex: ja nein
- Nickel oder Metalle: (wenn ja, welche) ja nein
- Betäubungsmittel: (wenn ja, welche) ja nein
- Schmerzmittel: (wenn ja, welche) ja nein
- Antibiotika: (wenn ja, welche) ja nein

Trauma mit Zahnbeteiligung: (wenn ja, wann) ja nein**Rauchen Sie?** ja neinSind bei Ihnen in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen beim Zahnarzt gemacht worden? ja nein(Für Frauen) Besteht eine Schwangerschaft? (wenn ja, in welchem Monat?) ja nein

- Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Daten und erkläre mich damit einverstanden, dass Telefon/Handy- und E-maildaten zur Rücksprache und für Terminvergaben sowie Erinnerungen von uns verwendet werden dürfen.**
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztliche Schweigepflicht aufgrund der räumlichen Situation im Behandlungsraum nicht immer eingehalten werden kann.**

Ort, Datum:

Unterschrift: