

# Anamnese



Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank für Ihr Vertrauen und herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Angaben vollständig aus, dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**PATIENT**

Name	Vorname	geb.
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil
Email	Email geschäftlich	
Beruf	Arbeitgeber	

**VERSICHERUNG**

gesetzlich versichert    privat versichert    beihilfeberechtigt    Zusatzversicherung

Versicherte(r) /Mitglied (wenn abweichend)   Krankenkasse

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

**ÄRZTLICHE ANAMNESE**

Besteht eine der folgenden Erkrankungen?    JA    NEIN

- Herz-/Kreislaufkrankung
- Blutgerinnungsstörung
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Asthma (schwere Atemnot)
- Osteoporose
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheumatische Erkrankung
- Hepatitis   A  B  C
- HIV Infektion
- TBC (Tuberkulose)
- sonstige ernsthafte Erkrankung :
- Allergien, Unverträglichkeiten :

Besteht eine Schwangerschaft?    ja    nein    ungewiss   wenn ja, wievielte Woche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?    ja    nein  
blutverdünnende Medikamente ?    ASS    Marcumar

welche Medikamente nehmen Sie ein?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?    ja    nein

wenn ja, bei welchem Arzt?  Facharzt  
 Hausarzt

Rauchen Sie?    ja    nein  
wenn ja, wieviel ca. pro Tag?

**ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE**

Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?    Monat, Jahr    letzte Röntgenbilder der Zähne

bei welchem Zahnarzt (z.B. zur Anforderung von Röntgenbildern)

Haben Sie Zahnschmerzen?    ja    Nein

Haben Sie Angst vor dem Zahnarztbesuch?    Nein    ja    Sehr

Wünschen Sie eine besondere Beratung über :

- Zahnersatz    Implantat    Zahnaufhellung
- Prophylaxe    Parodontitis    Zahnästhetik

**ALLGEMEINES**

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam?

Möchten Sie in unser Erinnerungssystem (Recall) aufgenommen werden?    ja    nein

wenn ja, wie sollen wir Sie kontaktieren?

- Email    Telefon    Brief

Wir bitten Sie vereinbarte Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens 48 Stunden vorher mit. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen den versäumten Termin in Rechnung zu stellen.

Bitte teilen Sie uns für eine bestmögliche Behandlung auch in Zukunft jede Änderung des Gesundheitszustandes und des Versichertenstatus mit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner Daten ausdrücklich zu.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Vielen Dank für Ihre Mühe!  
Ihr Praxisteam Dr. Pausenberger