

Anamnesebogen

Name/Patient _____	Geb.Datum Patient _____
Anschrift _____	Telefon _____
PLZ / Ort _____	Geburtsort _____
Name/Mitglied _____	Geb.Datum/Mitglied _____
Anschrift _____	Mobil _____
Krankenkasse _____ <input type="checkbox"/> § 13 SGB V	<input type="checkbox"/> Beihilfe
Versicherung/Privat _____	<input type="checkbox"/> private Zusatzversicherung vorhanden <input type="checkbox"/>
Überweisender Arzt/Zahnarzt: _____	
Beruf _____	Arbeitgeber _____

Basistarif für Privatversicherte

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

<p>Herz/Kreislauf</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Angina pectoris</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschwäche</p> <p><input type="checkbox"/> Herzfehler</p> <p><input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe</p> <p><input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher</p> <p>oder _____</p> <p>Gefäße</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombosen</p> <p><input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Krampfadern</p> <p>oder _____</p> <p>Blut</p> <p><input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung</p> <p><input type="checkbox"/> Nachbluten nach Operationen</p> <p><input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten</p> <p><input type="checkbox"/> blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung</p> <p>oder _____</p>	<p>Atemwege/Lunge</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Bronchitis</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> COPD</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenemphysem</p> <p><input type="checkbox"/> Schlafapnoe</p> <p><input type="checkbox"/> Schnarchen Sie?</p> <p>oder _____</p> <p>Leber</p> <p><input type="checkbox"/> Fettleber</p> <p><input type="checkbox"/> Leberzirrhose</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C</p> <p><input type="checkbox"/> Gelbsucht</p> <p><input type="checkbox"/> Gallensteine</p> <p>oder _____</p> <p>Nieren</p> <p><input type="checkbox"/> Nierensteine</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Dialysepflichtig</p> <p>oder _____</p> <p>Nerven/Gemüt</p> <p><input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie)</p> <p><input type="checkbox"/> Lähmungen</p> <p><input type="checkbox"/> Depressionen</p> <p><input type="checkbox"/> Angstzustände</p> <p>oder _____</p>	<p>Skelettsystem/Knochen</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose</p> <p><input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> künstliche Gelenke</p> <p><input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromyalgie</p> <p>oder _____</p> <p><input type="checkbox"/> Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten oder Antikörpern behandelt ?</p> <p>_____</p> <p>Wann? Mit welchem Präparat?</p> <p>_____</p> <p>Stoffwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung</p> <p>Magen/Darm</p> <p><input type="checkbox"/> Verdauungsstörung</p> <p><input type="checkbox"/> Sodbrennen</p> <p><input type="checkbox"/> Refluxkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Geschwür</p>
---	--	--

Allergie, z. B.

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. in Gummihandschuhen)
- Metalle

oder _____

Allergiepass vorhanden

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs

oder _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen

Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs

oder _____

Weitere Angaben

Sind Sie schwanger?

Welche Schwangerschaftswoche/-monat? _____

Rauchen Sie?

Wie viel durchschnittlich pro Tag? _____

Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?

Vor wie viel Monaten/Jahren? _____

Sind Sie Drogen- bzw. Alkoholabhängig ?

Waren Sie Drogen- bzw. Alkoholabhängig ? _____

Gerinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z. B.

- Aspirin/ASS Marcumar/Phenprocoumon
- Plavix/Iscover/Clopidogrel
- Ticlopidin Xarelto Eliquis

oder _____

Für den Fall von Nichteinhaltung eines Termins unentschuldigt weisen wir Sie darauf hin, dass wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 150,00€/Std. für die Betriebskosten in Rechnung stellen können.

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- "Antibabypille"
- Antidiabetika

welche _____

Antibiotika in den letzten 3 Monaten

ständige ärztliche Behandlung

weshalb _____

letzte zahnärztliche Untersuchung

wann _____

ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche

Behandlungsmaßnahmen, z. B. bei

Spritzen

Medikamenten

welche _____

Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich

temperaturempfindliche Zähne

Zahnfleischbluten

Stellungsveränderung der Zähne

Zahnspange in der Vergangenheit

häufig durch den Mund atmen

Zahnverluste durch Karies

Zahnverluste durch Zahnlockerung

oder _____

Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung/

Zahnfleischbeschwerden

welche Behandlung _____

"Parodontose"-Behandlung durchgeführt

wann _____

Datum _____

Unterschrift _____

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse) : _____

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für _____

_____ in Behandlung.