



# Erstanamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

**Name, Vorname:** ..... **geb. am:** ..... **Tel. privat:** .....

**Strasse:** ..... **PLZ, Ort:** ..... **Handy:** .....

**E-Mail:** .....

**Name der Krankenkasse:** .....

**Ich bin:** gesetzlich versichert

freiwillig versichert

privat versichert  Beihilfe versichert  Basistarif versichert

familienversichert bei: ..... Name des Mitglieds: ..... geb. am: .....

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen abgeschlossen? ja  nein

Was ist der Grund Ihres Besuchs?  
(z.B. Schmerzen, Zahnfleischbluten etc.) .....

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- ja  nein  Zustand nach Infarkt
- ja  nein  Herzinsuffizienz
- ja  nein  Muskelentzündung
- ja  nein  Verengung der Herzkranzgefäße
- ja  nein  Rhythmusstörungen
- ja  nein  Bypass-Operationen
- ja  nein  Herzklappenersatz
- ja  nein  Schrittmacher

### Kreislauf

- ja  nein  niedriger Blutdruck
- ja  nein  Bluthochdruck
- ja  nein  Angina pectoris
- ja  nein  Durchblutungsstörungen
- ja  nein  Schlaganfall

### Erkrankungen des blutbildenden Systems

- ja  nein  Blutarmut
- ja  nein  Bluter

### Augen

- ja  nein  Grauer Star
- ja  nein  Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- ja  nein  Asthma
- ja  nein  Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- ja  nein  Magenerkrankung
- ja  nein  Darmerkrankung

### Blase-Nieren

- ja  nein  Blasenerkrankung
- ja  nein  Nierenerkrankung
- ja  nein  Dialyse

### Leber

- ja  nein  Gelbsucht
- ja  nein  Hepatitis

**Bitte wenden**

**Bewegungsapparat**

- ja  nein  Rheuma
- ja  nein  rheumatoide Arthritis
- ja  nein  Gicht

**Zentrales Nervensystem**

- ja  nein  epileptische Anfälle

**Vegetatives Nervensystem**

- ja  nein  Kopfschmerzen
- ja  nein  Migräne

**Stoffwechsel**

- ja  nein  Zuckerkrankheit
- ja  nein  Schilddrüsenerkrankung

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- ja  nein  Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten
- ja  nein  HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- ja  nein  Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:**

Wer ist der behandelnde Arzt? ..... Tel.-Nummer: .....

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- ja  nein  Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ja  nein  Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche? .....
- ja  nein  Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? .....
- ja  nein  Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche? .....
- ja  nein  Besitzen Sie einen Allergiepass?
- ja  nein  Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche? .....
- Für Frauen:
- ja  nein  Sind Sie z. Zt. schwanger?  
Wenn ja, in welchem Monat? .....

**Weitere administrativ wichtige Informationen:**

- ja  nein  Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ja  nein  Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Kaarst, den .....

Unterschrift: .....