



Zahnarztpraxis Dr. Dirk Fleischer: Patienten-Anamnesebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Versicherung

Gesetzlich Privat Beihilfe Zusatzversicherung Basis-, Standardtarif

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen):

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?

Ja Nein

Thrombose, Herzinfarkt, Hirninfarkt?

Ja Nein

Herzerkrankung/Herzoperation

Ja Nein

Herzschrittmacher/-defibrillator

Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV / AIDS

Ja Nein

Lebererkrankung/Hepatitis (A, B, C, D)

Ja Nein

Tuberkulose

Ja Nein

Andere Infektionskrankheiten:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika / Spritzen beim Zahnarzt

Ja Nein

Schmerzmittel

Ja Nein

Antibiotika

Ja Nein

Andere Allergien:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Krebs/Tumorerkrankung (spezielle Medikamente?)

Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen oder „Blutverdünner“?

Ja Nein

<<Andere Blutverdünner
(Medikamente umkreisen o.
links eintragen)

Acetylsalicylsäure, ASS, Aspirin, Godamed
Phenprocoumon, Marcumar,
Falithrom, Warfarin, Coumadin
Clopidogrel, Plavix, Iscover, Efiend, Tiklyd
Apixaban, Eliquis, Dabigatran,
Pradaxa, Xarelto, Argatra, Lixiana
Heparin/Clexane

Osteoporose

Ja Nein

<<Andere Medikamente
(Medikamente umkreisen o.
links eintragen)

Alendronat, Fosamax, Fosavance,
Zoledronat, Aclasta, Zometa, Bonviva,
Actonel, Benefos, Pamidronat, Risedronat

Asthma, Lungenerkrankungen?

Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja Nein

Rheuma

Ja Nein

Epilepsie

Ja Nein

Diabetes (letzter Laborwert „HbA1c“?)

Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen

Ja Nein

Ohnmachtsneigung

Ja Nein

Andere Erkrankungen, die nicht aufgeführt wurden?:

Allgemeine Angaben:

Zähneknirschen/-pressen

Ja Nein

Schnarchen

Ja Nein

Selten oft regelmäßig

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)

Ja Nein

Raucher

Ja Nein

0-5 über 5 Zig. pro Tag

Regelmäßige Medikamente/Medikamentenplan?

Ja Nein

Welche?

Besteht eine Schwangerschaft

Ja Nein

Woche:

Wie haben Sie von uns erfahren?

Internet
 Empfehlung

Gelbe Seiten
 Zufall

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.
- Für Privatpatienten: Mir ist bekannt, dass ich die Kosten aller Leistungen, auch die von Versicherungen oder Beihilfestellen nicht erstattet werden, privat zu tragen habe.
- Aufklärungsblatt zahnärztliche Lokalanästhesie habe ich gelesen und bin einverstanden (Beiblatt)

Datum: _____

Unterschrift Patient (Eltern): _____