

ANAMNESE – ERHEBUNGSBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Sollte der Platz für Zusatzangaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte unter Angabe des Punktes die Rückseite des Blattes. Der Fragebogen wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Herzklappenerkrankung/-defekt/-prothese	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Herzoperation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Endokarditis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Infektionserkrankungen		
HIV (Aids), Tuberkolose, MRSA	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Corona (Covid-19)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Andere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Allergien/Unverträglichkeiten		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Zahnärztliche Werkstoffe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Andere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Weitere Erkrankungen		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Lungenerkrankungen/Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Diabetes-/Zuckererkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Leber-, Magen-, Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	



Rückseite beachten =>

Nervenerkrankung/Depression	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Krebs-/Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Allgemeine Angaben		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja, <input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag <input type="checkbox"/> > 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente z.B. Blutverdünner (ASS®, Marcumar®, Plavix®, ...), Bisphosphonate (Zometa®, ...)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann/welche
Für die zahnärztliche Behandlung:		
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche
Haben Sie Schmerzen im Gesicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann:
Leiden Sie unter Kopf/Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Tragen Sie Zahnersatz/Prothesen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann:
Hatten/Haben Sie Verletzungen im Kiefer-/Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, seit wann:
Müssen Sie Antibiotikum vor zahnärztlichen Behandlungen einnehmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Ergänzungen zur Anamnese

Wichtige Information:

- 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.

Ort, Datum

Unterschrift

