

ANAMNESEBOGEN

Dr. K. Tilo Bartels - Zahnarzt, Oralchirurg
Theatinerstr. 47 - 80333 München - Fon 089 / 2 99 99 1

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte nehmen Sie sich Zeit diesen Fragebogen, er umfasst **zwei Seiten**, in Ruhe auszufüllen.

Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist für Ihre Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Dr. med. dent. Tilo Bartels

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Mitglied

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Patient

Straße ständiger Wohnort e-mail

Mitglied

Straße ständiger Wohnort e-mail

Anschrift

beruflich

Arbeitgeber Anschrift e-mail

Telefon

Privat beruflich / tagsüber

Beruf

Krankenkasse

o.Versicherung

pflichtversichertes Mitglied
private Zusatzversicherung
private Krankenversicherung

freiwillig versichertes Mitglied
Beihilfe

Wer hat Sie zu uns empfohlen o. überwiesen?

Name u. Anschrift o. Telefonnummer Ihres **Hausarztes / Internisten:**

Bei welchen **anderen Ärzten oder Therapeuten** sind Sie zur Zeit oder regelmäßig in Behandlung, und ggf. wegen welcher Erkrankung?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Auf welche Medikamente oder andere Stoffe **reagieren Sie allergisch?**

bitte wenden >

Stand 24.05.2018

ANAMNESEBOGEN

Besitzen Sie einen Allergiepass ?	ja / nein
Leiden Sie an Asthma ?	ja / nein
Sind bei zahnärztlichen o. chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen länger andauernde Blutungen aufgetreten?	ja / nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin)?	ja / nein
Trinken Sie regelmäßig mehr als drei Bier oder zwei Glas Wein / Tag?	ja / nein
Rauchen Sie?	wenig / stark / nein
Nehmen Sie Drogen?	ja / nein
Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt?	ja / nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz ?	ja / nein
Leiden Sie unter Bluthochdruck ?	ja / nein
Bestand bei Ihnen jemals der Verdacht auf einen Herzinfarkt ?	ja / nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	ja / nein
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	ja / nein
Hatten Sie schon mal einen Tinnitus (Ohrgeräusche)?	ja / nein
Hatten Sie jemals einen epileptiformen Anfall (Krampfanfall)?	ja / nein
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	ja / nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung ?	ja / nein
Haben Sie eine Augenerkrankung (z.B. Engwinkelglaukom)?	ja / nein
Leiden Sie unter Magen - Darmerkrankungen ?	ja / nein
Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis)?	ja / nein
Hatten Sie schon einmal eine Nierenerkrankung ?	ja / nein
Hatten Sie jemals Tuberkulose oder eine Geschlechtskrankheit ?	ja / nein
Besteht die Möglichkeit, dass Sie HIV positiv sind?	ja / nein
Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert?	ja / nein
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäule)?	ja / nein
Sind Sie im Kopfbereich jemals verletzt / operiert worden?	ja / nein
Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	ja / nein
Sonstige Erkrankungen?	ja / nein
wenn ja, welche?	
Wurde in den letzten zwölf Monaten eine Röntgenaufnahme angefertigt?	ja / nein
wenn ja, welcher Körperbereich?	
Besteht eine Schwangerschaft o. der Verdacht auf eine Schwangerschaft?	ja / nein
Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben:	

Bitte berücksichtigen Sie folgenden Hinweis! Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mindestens drei Stunden lang kein Kraftfahrzeug führen.

Das Informationsblatt zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung wurde mir ausgehändigt und von mir zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine Fotodokumentation von meinen Zähnen erstellt und verwendet wird.

Ich bin mit dem Praxis-Recall-System (Erinnerung an notwendige Prophylaxe / Dentalhygiene / Untersuchung / Behandlung / Termine) per Post, eMail, SMS und Telefon einverstanden.

München, den

Unterschrift.....