



Savenije & Kollegen
ZAHNHEILKUNDE

Anamnesebogen

Lieber Patient/in, bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben erliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon Privat	Telefon Mobil	E-Mail
Hausarzt	Adresse Hausarzt	Telefon Hausarzt

Versicherung

Krankenkasse

<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Standarttarif

Angaben Versicherter (falls abweichend von den Patientendaten)

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Wer ist Empfänger des Schriftverkehrs? <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Versicherter <input type="checkbox"/> Anderer Empfänger			
Haben Sie einen Pflegegrad? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5

Weiter auf der nächsten Seite →

Allgemeiner Gesundheitszustand

Nein

Ja

Waren Sie während der letzten Monate im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, warum?

Hatten Sie bisher schon ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche? (Allergiepass?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Besteht oder bestand bei Ihnen, einer der folgenden Erkrankungen/Beschwerden/Befunde?

	Nein	Ja		Nein	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/ Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnmedizinische Probleme (Aphten, Mundtrockenheit, Mundbrennen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infektionskrankheiten	Nein	Ja	Sonstiges	Nein	Ja
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viele Zigaretten pro Tag?	_____	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____			Wenn ja, welche Woche?	_____	

Sonstige Erkrankungen oder wichtige Informationen für uns?

Mit dieser Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum, Ort

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter