ANAMNESEBOGEN

Seenland Dental ZAHNMEDIZIN

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben. Vielen Dank.

Vorname Name: .....
Geburtsdatum: .....
Name des Hausarztes: .....

Telefon: .....
E-Mail: .....
Beruf: .....

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. Angaben eintragen.
1. Allergien/Unverträglichkeiten	☐	☐	
2. Anfallsleiden/Epilepsie	☐	☐	
3. Atemwegserkrankungen	☐	☐	
4. Diabetes (Typ I oder II, HbA1c-Wert)	☐	☐	
5. Nierenerkrankungen	☐	☐	
6. Tumorerkrankungen	☐	☐	
7. Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Krankenhauskeime etc.)	☐	☐	
8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, etc.)	☐	☐	
9. Künstliche Gelenke	☐	☐	
10. Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
11. Hatten Sie kürzlich eine OP? (Augen-OP, Herz-OP o. Ä.)	☐	☐	
12. Rauchen Sie?	☐	☐	
13. Andere Suchterkrankungen	☐	☐	
14. Sonstige Erkrankungen oder körperliche Einschränkungen	☐	☐	
15. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche und wofür? (Herzmedikamente, Antidepressiva, Antibabypille o. Ä.)	☐	☐	
16. Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	
17. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	☐	☐	

Weitere Angaben:

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung?	☐	☐	
Haben Sie einen gesetzlichen oder gerichtlichen Betreuer?	☐	☐	Name/Telefon des Betreuers
Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad? Wenn ja, welcher? Ist er befristet?	☐ ☐	☐ ☐	Grad ○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	☐	☐	
Für Neu-Patientinnen und Patienten: Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?			

Datum, Ort .....

Unterschrift .....