

## Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Hähnel & Dr. Straub

### Anmelde und Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Versicherter (falls abweichend)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Liebe Patientin, lieber Patient,  
verschiedene Krankheiten oder Medikamenten könne Einfluss auf die  
zahnärztliche Behandlung nehmen. Zum Wohle Ihrer Gesundheit und im  
Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir Sie die folgenden  
Fragen sorgfältig zu beantworten.**

	Ja	Nein
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, warum? _____ Arzt: _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Allergiepass? Wenn Allergien, welche? _____		
Neigen Sie zu Nachblutung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Blutgerinnungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen bzw. haben Sie eine durchgemacht?**

**(Bitte zutreffendes ankreuzen!)**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz-Kreislaufstörung, Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwegs- und Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht (Hepatitis), Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Infektionserkrankung (z.B. AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grüner Star (Glaukom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckererkrankung (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutkrankheit (Anämie, Leukämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Ist bei Ihnen eine Endokarditis Prophylaxe notwendig?  Ja  Nein

Nehmen Sie Biphosphonate ein?  Ja  Nein

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_