

Anamnesebogen

Name: Vorname: geb. am:

Adresse: Telefon:

Krankenkasse:

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
die genaue Kenntnis Ihres Gesundheitszustands ist für die Vermeidung von Risiken sowie für eine optimale Therapieplanung
unerlässlich. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand deshalb vollständig und genau.
Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit.*

Bestehen Allgemeinerkrankungen? nein ja, folgende:

.....

Bestehen Infektionskrankheiten? nein ja, folgende: Hepatitis C HIV Tuberkulose

Sonstige:

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten? nein ja, folgende:

.....

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja, folgende:

.....

Besteht bei Ihnen ein erhöhtes Blutungsrisiko? nein ja

Haben/hatten Sie Herz(klappen)fehler, künstliche Herzklappen, eine Herz-OP, Endokarditis?
 nein ja

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

Wann waren Ihre letzten zahnärztlichen Röntgenaufnahmen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Wer hat Sie hierher empfohlen?

.....

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten oder mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____