

Anamnesebogen



Zahnarztpraxis
Dr. Carsten J. Becker
Zahnarzt
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Warburger Straße 25
33098 Paderborn
Tel.: 05251 – 25555
Fax: 05251 – 282393
E-Mail: info@becker-zahnarzt.de
www.becker-zahnarzt.de

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,
bitte helfen Sie uns, Ihre Behandlung so optimal und sicher wie möglich zu gestalten. Füllen Sie daher diesen Anamnesebogen auf der **Vorder- und Rückseite** bitte **vollständig** und **gewissenhaft** aus. Falsche oder unvollständige Angaben gefährden sowohl Ihre als auch unsere Gesundheit sowie die aller anderen Patienten.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, daß Ihre Angaben nach bestem Wissen erfolgten und Sie zukünftige Änderungen in Ihrer Anamnese unaufgefordert dem behandelnden Arzt bzw. seinen Mitarbeitern mitteilen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Ihre Zahnarztpraxis

Dr. Becker

Persönliche Angaben

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Geburtsname: _____
Adresse: _____
Telefon (privat): _____
Telefon (dienstlich): _____
Handy: _____
E-Mail: _____
Arbeitgeber: _____

Bei Versicherten, die über ein Familienmitglied (z.B. Ehemann oder Mutter bzw. Vater) versichert sind:

Name des Versicherten: _____
Geburtsdatum des Versicherten: _____

Angaben zur Krankengeschichte:

Hausarzt: _____
Bisheriger Zahnarzt: _____

Bitte wenden! =>

Anamnese

	ja	nein	unbekannt
1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie vollständig gegen Corona geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vertragen Sie gewisse Arzneimittel nicht? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?			
Herzerkrankung (Infarkt, Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (z.B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie in den letzten 24 Monaten andere ernsthaft Erkrankungen? Wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ Seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Konsumieren Sie <u>regelmäßig</u> (min. 1 x pro Woche) Rauschmittel bzw. Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Konsumieren Sie <u>regelmäßig</u> (min. 1 x pro Woche) Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Waren Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig einmal pro Jahr beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wie oder wobei können wir Ihnen helfen?			



Achtung:

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Paderborn, den _____

Datum

(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)