

Patient :
Name Vorname geboren am

Versicherter :
Name Vorname geboren am
.....
Beruf Arbeitgeber(Ort)

Anschrift :
PLZ Ort Straße/Nummer
.....
Telefon(Festnetz) Telefon(Mobilfunk)

Hausarzt :
Name Ort

Krankenkasse:
Name Geschäftsstelle(Ort)

Die Erhebung des Anamnesebogens dient zur Feststellung Ihres Gesundheitszustandes. Hierdurch können wir möglichen Komplikationen vorbeugen und die Risiken minimieren. Ihre Angaben unterliegen der strikten Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter. Falls Sie einige Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären wir dies im persönlichen Gespräch.

Bitte weisen Sie uns darauf hin, wenn Sie HIV-positiv sind oder zu einer Risikogruppe gehören!
Informieren Sie uns bitte auch vor jeder Behandlung, wenn sich inzwischen Änderungen bei den Antworten zum Anamnesebogen ergeben haben!

Falls Sie die Fragen für Ihr Kind beantworten, so beziehen sie sich auf *dessen* Gesundheitszustand. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an!

1. Familienanamnese :
 - 1.1 Sind bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern Erbkrankheiten oder Krebsleiden bekannt? ja nein
 - 1.2 Wenn ja, welche?

2. Eigenanamnese :
 - 2.1 Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
 - 2.2 Wenn ja, weshalb?
 - 2.3 Nehmen Sie regelmäßig oder häufiger Medikamente? ja nein
 - 2.4 Wenn ja, welche?
 - 2.5 Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen des Schädels (der Zähne) gemacht? ja nein

- 2.6 Wenn ja, wann und wo?
- 2.7 Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?
- zu hohem Blutdruck ja nein
 - zu niedrigem Blutdruck ja nein
 - Herzerkrankung ja nein
 - Lungenerkrankungen (z.B. Tuberkulose) ja nein
 - Diabetes (Zuckererkrankung) ja nein
 - Nierenerkrankung ja nein
 - Schilddrüsenerkrankung ja nein
 - Lebererkrankung ja nein
 - Infektionskrankheiten (Hepatitis) ja nein
 - Blutgerinnungsstörungen ja nein
 - Epilepsie ja nein
 - sonstige Erkrankungen ja nein
- 2.8 Wenn ja, bitte erläutern :
- 2.9 Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar) ein ? ja nein
- 2.10 Wenn ja, welche ?
- 2.11 Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen, Unverträglichkeit von Nahrungs- oder Arzneimitteln) ? ja nein
- 2.12 Wenn ja, welche ?
- 2.13 Traten Komplikationen nach Gabe von Betäubungsspritzen (Ohnmacht, Krämpfe) auf ? ja nein
- 2.14 Soll die Behandlung mit örtlicher Betäubung (Spritze) erfolgen?
 in Absprache mit Zahnarzt ja nein
- 2.15 Für weibliche Patienten : Sind Sie schwanger ?
 ungewiss ja nein
- 2.16 Wenn ja, in welchem Monat ?

Eingeschränkte Straßenverkehrstauglichkeit :

Schmerz- oder Betäubungsmittel sowie Spritzen zur lokalen Betäubung können die Reaktionsfähigkeit und die Sicherheit im Straßenverkehr für einige Stunden beeinträchtigen. Vor allem, wenn Sie Berufskraftfahrer sind, sollten Sie kein Fahrzeug steuern.

Ich habe die Fragen zur Anamnese mit bestem Wissen beantwortet und obige Belehrung verstanden.

Datenschutzerklärung

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Zwecke der Behandlung, Terminvergabe, Begutachtung, Abrechnung und ggf. Konsultation von Ärzten zu. Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter <https://www.zaschaller-plauen.de/Downloads/DatenschutzerklärungInfoPatienten.pdf>, im Wartezimmer oder an der Anmeldung.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient/Eltern*

.....

Unterschrift Zahnarzt

*Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.