

# Zahnarztpraxis Dr. Dirk Fleischer: Patienten-Anamnesebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Versicherung  Gesetzlich  Privat  Beihilfe  Zusatzversicherung  Basis-, Standardtarif

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

## Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen):

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

## Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja  Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja  Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja  Nein

Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?

Ja  Nein

Thrombose, Herzinfarkt, Hirninfarkt?

Ja  Nein

Herzerkrankung/Herzoperation

Ja  Nein

Herzschrittmacher/-defibrillator

Ja  Nein

### Infektionserkrankungen:

HIV / AIDS

Ja  Nein

Lebererkrankung/Hepatitis (A, B, C, D)

Ja  Nein

Tuberkulose

Ja  Nein

### Andere Infektionskrankheiten:

### Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika / Spritzen beim Zahnarzt

Ja  Nein

Schmerzmittel

Ja  Nein

Antibiotika

Ja  Nein

### Andere Allergien:

## Gesundheitszustand

## Bitte ankreuzen

## Zusätzliche Informationen

Krebs/Tumorerkrankung (spezielle Medikamente?)

Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen oder „Blutverdünner“?

Ja  Nein

**<<Andere Blutverdünner**  
(Medikamente umkreisen o.  
links eintragen)

Acetylsalicylsäure, ASS, Aspirin, Godamed  
Phenprocoumon, Marcumar,  
Falithrom, Warfarin, Coumadin  
Clopidogrel, Plavix, Iscover, Efiend, Tiklyd  
Apixaban, Eliquis, Dabigatran,  
Pradaxa, Xarelto, Argatra, Lixiana  
Heparin/Clexane

Osteoporose

Ja  Nein

**<<Andere Medikamente**  
(Medikamente umkreisen o.  
links eintragen)

Alendronat, Fosamax, Fosavance,  
Zoledronat, Aclasta, Zometa, Bonviva,  
Actonel, Benefos, Pamidronat, Risedronat

Asthma, Lungenerkrankungen?

Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung

Ja  Nein

Rheuma

Ja  Nein

Epilepsie

Ja  Nein

Diabetes (letzter Laborwert „HbA1c“?)

Ja  Nein

Nierenfunktionsstörungen

Ja  Nein

Ohnmachtsneigung

Ja  Nein

**Andere Erkrankungen, die nicht aufgeführt wurden?:**

## Allgemeine Angaben:

Zähneknirschen/-pressen

Ja  Nein

Schnarchen

Ja  Nein

Selten  oft  regelmäßig

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)

Ja  Nein

Raucher

Ja  Nein

0-5  über 5 Zig. pro Tag

Regelmäßige Medikamente/Medikamentenplan?

Ja  Nein

Welche?

Besteht eine Schwangerschaft

Ja  Nein

Woche:

**Wie haben Sie von uns erfahren?**

Internet  
 Empfehlung

Gelbe Seiten  
 Zufall

## Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.
- Für Privatpatienten: Mir ist bekannt, dass ich die Kosten aller Leistungen, auch die von Versicherungen oder Beihilfestellen nicht erstattet werden, privat zu tragen habe.
- Aufklärungsblatt zahnärztliche Lokalanästhesie habe ich gelesen und bin einverstanden (Beiblatt)

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

Unterschrift Patient (Eltern): \_\_\_\_\_