

## Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig und in **DRUCKSCHRIFT:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Tel. gesch.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Mitglied, bei wem mit versichert : \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Sind Sie zusatzversichert? O Ja ,bei \_\_\_\_\_ O Nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese:

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (z.B. gegen Penicillin, Schmerzmittel etc.) O Ja O Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

2. Leiden Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden O Ja O Nein

Herzinfarkt? O Ja O Nein

Herzschrittmacher? O Ja O Nein

Hoher Blutdruck? O Ja O Nein

Niedriger Blutdruck O Ja O Nein

3. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung O Ja O Nein

4. Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Benötigen Sie Insulin? O Ja O Nein

5. Hatten/Haben Sie

eine Schilddrüsenerkrankung? O Ja O Nein

eine Lebererkrankung? O Ja O Nein

eine Nierenerkrankung? O Ja O Nein

eine Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis) O Ja O Nein

Asthma oder andere Atemwegserkrankungen? O Ja O Nein

Epilepsie (Anfallsleiden)? O Ja O Nein

6. Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

7. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_

8. Hausarzt \_\_\_\_\_

9. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? O Ja O Nein

**\*Datenschutz:** Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten zu und bestätigen die Datenschutzerklärung der Praxis zur Kenntnis genommen zu haben. Zugleich willigen Sie ein, dass Ihre Daten im Falle der medizinischen Notwendigkeit an weiter- und/oder mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte weitergeleitet werden.

Datum: \_\_\_\_\_ \*Unterschrift: \_\_\_\_\_