

Anamnesebogen Erwachsene

(Bitte deutlich und in DRUCKBUCHSTABEN schreiben)

weiblich männlich

Nachname: Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

Tel./Handy: Email:

Sind Sie familienversichert?

ja nein

Wenn ja, bei wem?

Name **Tel./Handy**

Straße **PLZ/Ort**

Behandelnde/r Zahnärztin / Zahnarzt:

Gesetzliche Krankenkasse (Name):

Privat versichert (Versicherung):

Beihilfestelle:

Rentenempfänger/in:

Sind Sie bereits in kieferorthopädischer Behandlung oder früher schon einmal behandelt worden? ja nein

Behandler wann

Herz-/Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck ja nein niedriger Blutdruck ja nein

Herzinfarkt ja nein Schlaganfall ja nein

Herz-Operationen ja nein Blutgerinnungsstörung ja nein

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) ja nein Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Herz- und Blutdruckmedikamente:

Rheumatische Erkrankungen: ja nein

Rheumamedikamente:

Bitte beachten Sie die Rückseite (Seite 2)

Infektiöse Erkrankungen

- HIV Infektion / AIDS: ja nein
- Hepatitis / Gelbsucht: (wenn ja, welche A B C D) ja nein
- Tuberkulose (TBC): ja nein
- HSV positiv (Herpes): ja nein
- Andere Infektionskrankheiten: (wenn ja, welche) ja nein

Medikamente zu o.g. Erkrankungen:

Krebs / Tumore

ja nein

Krebs-Medikamente:

Sonstige Erkrankungen

- Neurologische Erkrankungen: ja nein
- Anfallsleiden(Epilepsie): ja nein
- Lungenerkrankungen (Atemnot/ Asthma/Mukoviszidose): ja nein
- Diabetes / Zuckerkrankheit: ja nein
- Schilddrüsenerkrankungen: ja nein
- Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen: ja nein
- Immun-Erkrankungen: ja nein
- Osteoporose: ja nein
- Nehmen sie regelmäßig Bisphosphonate ein? ja nein
- Andere nicht erwähnte Erkrankungen oder Medikamente? ja nein

(Welche?)

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Allergiepass ausgestellt im Jahr:

- Latex: ja nein
- Nickel oder Metalle: (wenn ja, welche) ja nein
- Betäubungsmittel: (wenn ja, welche) ja nein
- Schmerzmittel: (wenn ja, welche) ja nein
- Antibiotika: (wenn ja, welche) ja nein

Trauma mit Zahnbeteiligung: (wenn ja, wann) ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Sind bei Ihnen in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen beim Zahnarzt gemacht worden? ja nein

(Für Frauen) Besteht eine Schwangerschaft? (wenn ja, in welchem Monat?) ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztliche Schweigepflicht aufgrund der räumlichen Situation im Behandlungsraum nicht immer eingehalten werden kann. ja

Ort, Datum:

Unterschrift: