



# ANAMNESEBOGEN

## LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

bevor wir uns in Ruhe ihrer zahnärztlichen Behandlung widmen, benötigen wir Angaben über ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname .....

Straße, Nr. ....

PLZ/Ort .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

E-Mail .....

Beruf .....

Arbeitgeber .....

Krankenkasse/private Versicherung .....

.....

Zusatzversicherung  Ja  Nein

Beihilfe  Ja  Nein

Basistarif  Ja  Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Grad? .....

## Wenn Sie nicht selbst Versicherungsnehmer/-in sind

Name, Vorname .....

Straße, Nr. ....

PLZ/Ort .....

Geburtsdatum .....

## Bitte teilen Sie uns mit wer ihr/e Hausärztin/Hausarzt ist

Name .....

Anschrift .....

Telefonnummer .....

## Warum suchen Sie uns auf?

### Worüber möchten Sie sich informieren?

Leiden Sie unter akuten Schmerzen?  Ja  Nein

.....

Wünschen Sie eine Routinekontrolle oder Prophylaxe?  Ja  Nein

.....

Wünschen oder benötigen Sie einen neuen Zahnersatz?  Ja  Nein

.....

Wünschen Sie eine Beratung, beispielsweise zur Ästhetischen Zahnmedizin oder Implantologie?  Ja  Nein

.....

Möchten Sie sich eine zweite Meinung einholen?  Ja  Nein

.....

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder gemacht?  Ja  Nein

Wenn ja, wo?

.....

.....

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS, Eliquis®, Xarelto®)?  Ja  Nein

Nehmen Sie Knochenstoffwechsel-Medikamente wegen Osteoporose oder einer Krebserkrankung (Bisphosphonate z.B. Alendronsäure, Zoledronsäure oder monoklonale Antikörper z.B. XGeva®, Prolia®)?  Ja  Nein

Nehmen Sie Kortisonpräparate?  Ja  Nein

Nehmen Sie Beruhigungsmittel/ Aufputschmittel oder Antidepressiva?  Ja  Nein

Welche? .....

Haben Sie Allergien oder Medikamenten-unverträglichkeiten?  Ja  Nein

Welche? .....

.....

Zeigen Sie Spritzenreaktionen?  Ja  Nein

Haben Sie eine Penicillin Allergie?  Ja  Nein



# DR. STOCKMANN

ZAHNHEILKUNDE UND IMPLANTOLOGIE

### Liegen oder lagen Erkrankungen vor:

- Herz/Kreislauf  Ja  Nein
- Endokarditis o. künstliche Herzklappen  Ja  Nein
- Blut Gerinnungsstörung  Ja  Nein
- Lunge (Asthma, COPD)  Ja  Nein
- Leber (Hepatitis (Gelbsucht)  Ja  Nein
- Nierenerkrankung  Ja  Nein
- Magen- /Darmerkrankung  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein
- Grüner Star (Glaukom)  Ja  Nein

### Leiden Sie an:

- Diabetes  Ja  Nein
- Wenn ja, Welcher Typ I / II? .....
- Wenn ja, wie ist ihr HbA1c-Wert? .....
- Rheuma/Osteoporose?  Ja  Nein
- Infektionskrankheiten
- TBC, HIV, Hepatitis A/B/C  Ja  Nein
- Epilepsie  Ja  Nein
- Krebserkrankungen  Ja  Nein

### Hinweise zur Organisation

Möchten Sie in unserem Recall-System über Prophylaxe oder Vorsorge Termine informiert werden?  Ja  Nein

**Bitte sagen Sie ihren Termin mindestens 24 Stunden vorher ab, sollten Sie ihren Termin nicht einhalten können.**

### Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass die Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss der örtlichen Betäubung oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Wir rufen Ihnen auf Wunsch gerne ein Taxi, damit Sie sicher nach Hause kommen.

### HERZLICHEN DANK FÜR IHRE ANGABEN!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

.....

Datum  Unterschrift  (Bei Minderjährigen bitte Erziehungsberechtigte/r)

### Einverständnis

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir gefertigten digitalen Röntgenbilder und die Behandlungsbefunde innerhalb der Gemeinschaftspraxis unter den behandelnden Ärzten geteilt und besprochen werden dürfen. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Stockmann sich konsiliarisch über die für meine Behandlung relevanten Befunde mit meinen behandelnden Ärzten und Zahnärzten schriftlich und mündlich austauscht (Telefonate, Arztberichte). Die beiliegenden Datenschutzrichtlinien habe ich zur Kenntnis genommen.

.....

Datum  Unterschrift  (Bei Minderjährigen bitte Erziehungsberechtigte/r)