



## Gesundheitsbogen

Lieber Patient, liebe Patientin,

viele Krankheiten können Auswirkung auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte wir Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen. Die Angaben unterliegen der zahnärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten Teams. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherung : gesetzlich  oder privat

Beihilfe ja  nein  Zusatzversicherung ja  nein

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

**Bestehen bzw. bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?**

**Zu Ihrem Herzen: Haben oder Hatten Sie....**

Stents  Bypass  Herzschrittmacher  Herzinfarkt

**Haben oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

Kreislauf ja  nein  Tuberkulose ja  nein

Niere ja  nein  HIV (Aids) ja  nein

Leber ja  nein  Diabetes ja  nein

Schilddrüse ja  nein  Epilepsie ja  nein

GrünerStar ja  nein  Osteoporose ja  nein

Hepatitis? ja  nein

Wenn ja? Welcher Typ? A  B  C

Haben Sie Allergien? Wenn ja? Welche? \_\_\_\_\_

### **Medikamente? Nehmen Sie...**

Herzmedikamente  Schmerzmittel  Antidepressiva

blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS?

andere Medikamente \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegenüber Medikamente oder Spritzen aufgetreten? ja  nein

### **Für unsere Patientinnen?**

Sind Sie schwanger? ja  Nein

Wenn ja? In welcher Woche? \_\_\_\_\_

### **Zum Schluss**

Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja  nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja  nein

Wachen sie morgens mit Verspannungen auf? ja  nein

Haben Sie des Öfteren Nackenschmerzen? ja  nein

Rauchen Sie? ja  nein

### **Hinweise zur Organisation?**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab.

### **Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen?**

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen 24 Stunden beeinträchtigt werden kann. Dies kann durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben Ihnen vor weiteren Behandlungen mitzuteilen. Falls ich vorheriger Patient in der Vorbehandlerpraxis war, bin ich hiermit einverstanden, dass Sie in meine Patientenakte einsehen dürfen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und werden uns bemühen, die Behandlung und den Aufenthalt in unserer Praxis für Sie so angenehm wie möglich zu gestalten.

**Ihr Team der Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Matthias Siegel**