

Liebe Patientinnen und Patienten,  
wir wollen Sie optimal und individuell beraten und behandeln.

Dazu benötigen wir genaue Auskünfte über Ihren aktuellen allgemeinen Gesundheitszustand und alle von Ihnen eingenommenen Medikamente.

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen deshalb sorgfältig aus.

Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um, sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis. Bitte sprechen Sie uns bei Fragen an, wir helfen Ihnen gerne weiter!

In Ihrem eigenen Interesse ist es wichtig, die Anamnese aktuell zu halten. Wir werden Sie daher in regelmäßigen Abständen nach Änderungen fragen.

männlich      weiblich      divers

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum und Geburtsort: .....

Telefonnr., Handy-Nr.: .....

E-Mail-Adresse: .....

Name des Hausarztes: .....

Versicherung: .....

ggf. Hauptversicherte/r

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Zusätzliche Angaben zur Krankenversicherung bitte ankreuzen:

Gesetzlich versichert       Zusatzversicherung       Beihilfeberechtigt       Basistarif       Privat versichert

Pflegegrad mit Pflegebescheid:

ja, welcher Grad? .....(Bescheid bitte vorlegen)

nein

Eingliederungshilfe mit Pflegebescheid:

ja (Bescheid bitte vorlegen)

nein

Schwerbehindertenausweis „aG“, „Bl“, „H“:

ja (Bescheid bitte vorlegen)

nein

Betreuer/in:

ja (Betreuungsvollmacht bitte vorlegen)

Name, Vorname Betreuer/in: .....

Adresse Betreuer/in: .....

Telefonnr. Betreuer/in: .....

nein

Alle Patienten mit Terminen ab einer Dauer von 60 Minuten, erhalten von uns telefonisch am Vortag eine Terminbestätigung. Weiterhin erhalten alle Patienten eine SMS-Terminbestätigung. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir um Mitteilung. ....



## Herz

Herzinfarkt, wann?

.....

Angina Pectoris, Herzschmerzen

Herzfehler

Herzinsuffizienz, Herzschwäche,

Atemnot bei Anstrengungen

Herzkrankheiten, welche?

.....

## Gefäße

Schlaganfall, wann?

.....

Krampfadern/Thrombose

Embolie

Durchblutungsstörungen

## Allergien

Metalle, welche?

.....

Latex

Medikamente, welche?

.....

Allergiepass vorhanden (bitte vorlegen)

Sonstige Allergien, welche?

.....

## Leber

Gelbsucht/Hepatitis

A

B

C

Sonstige Lebererkrankungen, welche?

.....

## Kreislauf

Hoher Blutdruck/Hypertonie

Wert: .....

Niedriger Blutdruck/Hypotonie

Wert: .....

Ohnmachtsanfälle

## Lunge und Atemwege

Tuberkulose

Lungenentzündung

Asthma bronchiale

Allergisches Asthma

Sonstige Erkrankungen der Atemwege? Welche?

.....

## Niere

Nierenentzündung/-insuffizienz

Dialyse, an welchen Tagen?

Mo Di Mi Do Fr

## Zuckerkrankheit/ Diabetes mellitus

Insulinpflichtig

Medikamente oral/ Tabletten? Welche

.....

## Schilddrüse

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

Kropf



### Blut

Gerinnungsstörung  
Öfter blaue Flecken / Nasenbluten  
Nachblutung nach Operation  
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  
Welche?

.....

### Magen / Darm

Geschwür  
Verdauungsstörung  
Sodbrennen / Refluxkrankheit

### Skelettsystem

Gelenkerkrankungen  
Rücken-/ Bandscheibenschmerz  
Muskelerkrankungen  
Körperliche Behinderung  
Rollstuhl/Rollator  
Osteoporose

### Augen

Sehbehinderung  
Grüner Star / Glaukom  
Sonstige Erkrankungen? Welche?

.....

### Rauchen

Nein  
Ja. Wieviel Zigaretten durchschnittlich?  
ca. .... Zigaretten pro Tag

### Alkoholgenuss

gelegentlich  
regelmäßig größere Mengen  
nicht mehr

### Nerven und Gemüt

Epilepsie  
Lähmungen  
Geistige Behinderung  
Morbus Parkinson  
Depressionen  
Angstzustände  
Sonstige Erkrankungen? Welche?

.....

### Infektionskrankheiten

Grippe  
HIV Infektionen  
Hepatitis?.....  
Aphten  
Herpes labiales, Lippenherpes  
Herpes Zoster, Gürtelrose

### Andere Erkrankungen/ Besonderheiten

Tumorerkrankungen  
Chemotherapie Bestrahlung  
Wann? .....  
Wie lange noch? .....  
Bestrahlung  
Wann? .....  
Wie lange noch? .....

Rheumatische Erkrankungen? Welche?  
.....

Transplantationen  
.....

### Schwangerschaft

Ja. In welcher Woche?  
.....



**Blutgerinnungshemmende Medikamente**

Dauerhaft, oder in den letzten Tagen?

Welches Medikament?

- Aspirin
- ASS
- Clopidogrel
- Marcumar
- Plavix
- Ticlopidin
- Dolomo
- Sonstige

.....  
.....  
.....  
.....

**Bitte geben Sie alle Medikamente an!**

Blutdruckmittel

Herzmedikamente

Schmerzmittel

Anti-Baby-Pille

Psychopharmaka

Antidiabetika

Bisphosphonate

Chemotherapie

Weitere Medikamente

.....  
.....  
.....

**Datenschutz und Einwilligungserklärung**

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung meiner Daten ausdrücklich ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? .....

Vielen Dank!

Ort, Datum: ....., den .....

Unterschrift:

.....