

**Zahnarztpraxis Friederike
 Thorn**
 Rhönstr.6
 34134 Kassel
 Tel.: 0561-40 14 49
 info@zahnarzt-thorn@web.de

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:.....

Vorname:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | Ja | Nein |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| 4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 5. Besitzen Sie einen Allergiepass? | Ja | Nein |
| 6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? | Ja | Nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bei bestimmten Materialien? | Ja | Nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bei bestimmten Arzneimitteln? | Ja | Nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Ja | Nein |
| 7. Haben Sie eine | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Penicillinallergie? | Ja | Nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> Jodallergie? | Ja | Nein |
| <input checked="" type="checkbox"/> Latexallergie? | Ja | Nein |

8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....

.....

- Angeborener oder erworbener Herzfehler? Ja Nein
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja Nein
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein
- Herzoperationen? Ja Nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja Nein
- Lebererkrankungen? Ja Nein
- Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja Nein
- Zu hoher Blutdruck? Ja Nein
- Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein
- Schlaganfall? Ja Nein
- Nierenerkrankungen? Ja Nein
- Diabetes? Ja Nein
- Magen-Darmerkrankung? Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
- Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja Nein
- Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja Nein
- Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
- Nervenerkrankungen? Ja Nein
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja Nein
- Sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Körperbereich?

.....

11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein

12. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein

13. Trat nach einer Zahntfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein

14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein

15. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
In welchem Körperbereich?

.....

16. **Bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?.....

17. Name und Anschrift des Hausarztes:.....
.....
.....

18. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?.....
.....

19. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc. die Sie uns mitteilen möchten?
.....

20. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten