



# ZAHNARZTPRAXIS

IM GEORGS-HOF

Dr. med. dent. Sabine Brackmann | Steinweg 20 | 38518 Gifhorn

## Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, brauchen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, denn auch allgemeine Erkrankungen und Medikamente können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Versicherter

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Beruf/Arbeitgeber

\_\_\_\_\_

### Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie an Ihren halbjährigen Kontrolltermin erinnern?

Per SMS  Per E-Mail

Dürfen wir Sie an wichtige Termine erinnern?

Per SMS  Per E-Mail

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, weshalb?

\_\_\_\_\_

### Hausarzt/Facharzt

\_\_\_\_\_

### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (Aspirin/Marcumar etc.)

\_\_\_\_\_

### Allergien

Auf welche Medikamente oder Materialien besteht bei ihnen evtl. eine Unverträglichkeit?

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass ja  nein

### Herzerkrankungen, Kreislauferkrankungen

Herzinsuffizienz ja  nein

Arrhythmien (unregelmäßiger Herzschlag) ja  nein

Herzinfarkt ja  nein

Herzschrittmacher ja  nein

Herzklappenersatz ja  nein

hoher Blutdruck ja  nein

niedriger Blutdruck ja  nein

Ohnmachtsanfälle ja  nein

### Stoffwechselerkrankungen, Bluterkrankungen

Zuckerkrankheit / Diabetes ja  nein

Magen-Darm-Erkrankung ja  nein

Schilddrüsenerkrankung ja  nein

Blutungsneigung ja  nein

Blutarmut (Anämie) ja  nein

### Infektionskrankheiten, Sonstige Erkrankungen

Leberentzündung / Hepatitis A/B/C ja  nein

HIV / Aids ja  nein

Asthma ja  nein

Krebserkrankung ja  nein

### Schwangerschaft

ggf. welcher Monat \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher, abzusagen. Das gibt uns die Möglichkeit, Termine anderen Patientinnen oder Patienten anzubieten.

Injektionen (Betäubung) können das Reaktionsvermögen soweit verändern, dass die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden kann.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe