



# Dr. Jana Prömmel Zahnärztin

Bahnhofstr. 24, 26939 Ovelgönne, Telefon: 04401 980027, Fax: 04401 980028, info@zahnarzt-ovelgoenne.de

## Anamnesebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Dieser wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches:

Name/Vorname des **Patienten**: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des **Hausarztes**: \_\_\_\_\_

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

Name/Vorname des **Versicherten**: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Bitte wenden...

### Allgemeine Situation:

hohen Blutdruck:  ja  nein  
Kreislaufbeschwerden/Ohnmachtsneigung?  ja  nein  
Diabetes:  ja  nein  
Rheuma:  ja  nein  
Niereninsuffizienz:  ja  nein  
Tuberkulose:  ja  nein  
HIV (Aids)  ja  nein  
Hepatitis:  ja  nein

Wenn ja, welcher Typ?  A  B  C

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein  
Drogen/Alkoholsucht:  ja  nein  
Rauchen Sie?  ja  nein  
Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin):  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

sonstige Allergien :  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente  
oder Spritzen aufgetreten?  ja  nein  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Amalgamallergie?  ja  nein  
Wenn ja, legen Sie bitte einen Allergieausweis vor!

### Zahn-Mund-Situation:

Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  ja  nein  
Seit wann? \_\_\_\_\_

Tragen Sie festsitzenden Zahnersatz?  ja  nein  
Seit wann? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Knirscherschiene?  ja  nein  
Seit wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten  
zahnärztlich geröntgt?  ja  nein

Besteht Interesse an einer Zahnaufhellung?  ja  nein  
(Bleaching)

### Leiden Sie an Erkrankungen der / des ...

Herzens:  ja  nein  
Leber:  ja  nein  
Wirbelsäule:  ja  nein  
Schilddrüse:  ja  nein  
Magen-Darm-Tracts:  ja  nein  
Gelenke:  ja  nein

Änderungen zu Ihrem Gesundheitsstatus, bitten wir Sie uns unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)