

# Zahnarztpraxis am Schloss

## Dr. Thorsten Obst

### ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:.....  
Geburtsdatum:..... Geburtsort:.....  
Straße Nr.:..... PLZ Ort:.....  
Telefonnummer:..... Handy:.....  
Krankenkasse / private Versicherung:.....

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!)**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja                      nein

Wenn ja, welche?.....  
.....

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto)?

ja                      nein

Wenn ja, welche?.....  
.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

ja                      nein

Wenn ja, welche?.....  
.....

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja                      nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?

ja                      nein

Bei bestimmten Materialien?

ja                      nein

Wenn ja, welche?.....

Bei bestimmten Arzneimitteln?

ja                      nein

Wenn ja, welche?.....

Bei bestimmten Nahrungsmitteln?

ja                      nein

Wenn ja, welche?.....

Haben Sie eine Penicillinallergie?

ja                      nein

Haben Sie eine Jodallergie?

ja                      nein

Haben Sie eine Latexallergie?

ja                      nein

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

**Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?**

Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)?

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 (Typ I oder Typ II)?  
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?.....  
.....

Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?  
ja                      nein

Wenn ja, aus welchem Grund?.....  
.....

Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?  
ja                      nein

Wenn ja, in welchem Körperbereich?.....  
.....

Haben/ hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?  
ja                      nein

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?  
ja                      nein

Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

ja                      nein

Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?

ja                      nein

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

Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes  
.....  
.....

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Freunde, Familie, Praxen, etc.)  
.....  
.....

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft?

ja                      nein

Wenn ja, in welchem Monat?.....

**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 (ca. 1 Jahr später) noch aktuell sind

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten