

# Anamnesebogen



Dr. med. dent.  
**Antonius Wermelt  
Marion Wermelt**  
Praxis für Zahnheilkunde

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis in Hertens-Westerholt. Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, möchten wir Sie bitten, die persönlichen Angaben zu vervollständigen und die Fragen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Wir danken Ihnen schon jetzt für Ihre Mitarbeit!

Patient:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname geboren am , Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

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

Versicherter:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname geboren am , Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Beruf: (Patient)

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefon

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
Name

Versicherungsstatus:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert        | <input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreiung |
| <input type="checkbox"/> Beihilfe          | <input type="checkbox"/> pflichtversichert            | <input type="checkbox"/> Beihilfe            |
| <input type="checkbox"/> Basistarif        | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert        | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung  |
| <input type="checkbox"/> Vollversichert    | <input type="checkbox"/> mit priv. Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung    |

Hausarzt:

\_\_\_\_\_

ggf. gesetzl. Betreuer: \_\_\_\_\_

### Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen!

#### Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen bzw. Risikofaktoren?

	Ja	Nein
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen? (insbes. Bluthochdruck, Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen) Wenn ja, welche? Endokarditis-Prophylaxe notwendig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzschrittmacher-/ Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten? (Bsp.: ASS, Marcumar, Eliquis oder andere ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Osteoporose? Einnahme von Bisphosphonaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden!**

	Ja	Nein
8. Infektionserkrankungen? (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen? Z.B. gegen Penicillin, Latex? Wenn ja, welche? Existiert ein Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Autoimmunerkrankungen (Bsp.: rheumatische Erkrankungen)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schilddrüsenerkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Erkrankungen der inneren Organe (Bsp. Leber, Niere)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nervenleiden (Bsp. Epilepsie)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Konsumgewohnheiten (Rauchen/ Alkohol)? Wenn ja, welche und wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Tumorerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Medikamente/Dosierung

Gab/ Gibt es Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

#### Lokalanästhesie

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer zahnärztlichen Lokalanästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/ oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann. Es kann zu Komplikationen wie Hämatomen (Bluterguss), Nervenschädigung und Selbstverletzung kommen. Hierüber werden Sie vor der Behandlung noch einmal mündlich aufgeklärt.

#### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- durch unsere Internetseite       auf Empfehlung von \_\_\_\_\_  
 Internetsuchmaschine       Telefonbuch       Arztportal \_\_\_\_\_  
 Zeitungsanzeige       beim Vorübergehen

Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir darum, uns dies wenigstens 24 Stunden vorher mitzuteilen.

Zur Durchführung einer sorgfältigen Versorgung unserer Patienten ist es im Rahmen der Bewertung unserer Behandlungsergebnisse erforderlich, die erhobenen Daten der zahnärztlichen Behandlung auszuwerten. Diesbezüglich bitten wir darum, nachstehende Einwilligung zu geben.

Hiermit willige ich ein, dass die während der regulären zahnärztlichen Behandlung erhobenen Daten anonymisiert und nicht auf den Patienten zurückvollziehbar ausgewertet werden dürfen.

Ich willige in die Datenerhebung ein.

**Ich bin mit der Wiederbestellung zu Kontrolluntersuchungen und Prophylaxe-Terminen einverstanden:**

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Versicherter/gesetzlicher Vertreter