

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Juergen Ulbrich
Hauptstr. 10, 74177 Bad Friedrichshall

Anmelde- und Anamnesebogen

Name des Patienten	Vorname geboren
Name des Versicherten	Vorname geboren
Postleitzahl/Ort	Straße/Hausnummer Telefon/Handy
Krankenkasse	e-mail

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht versichert	Privat versichert	Beihilfefähig	Basistarif

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!)

- | | | |
|--|----|------|
| 1.1 Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | Ja | Nein |
| 2.1 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? | Ja | Nein |
| 2.2 Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?
Wenn ja, welche? | Ja | Nein |
| 2.1 Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche? | Ja | Nein |
| 3.1 Besitzen Sie einen Allergiepass? | Ja | Nein |
| 3.2 Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
Bei bestimmten Materialien? | Ja | Nein |
| Bei bestimmten Arzneimitteln? | Ja | Nein |
| Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Ja | Nein |
| 3.1 Haben Sie eine
Penicillinallergie? | Ja | Nein |
| Jodallergie? | Ja | Nein |
| Latexallergie? | Ja | Nein |
| 4.1 Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
Wenn ja, welche? | Ja | Nein |
| Angeborene oder erworbener Herzfehler? | Ja | Nein |
| Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? | Ja | Nein |

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?	Ja	Nein
Herzoperationen?	Ja	Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Ja	Nein
5.1 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
6.1 .Sonstige Erkrankungen?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?		
7.1 Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?	Ja	Nein
In welchem Körperbereich?		
7.2 Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?	Ja	Nein
7.3 Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?	Ja	Nein
7.4 Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?	Ja	Nein
In welchem Körperbereich?		
8.1 Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?		
.....		
9.1 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
Wenn ja, in welchem Monat?.....		
10.1 Name und Anschrift des Hausarztes:.....		
.....		
.....		

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann!

Bei versäumten Terminen wird die für Sie reservierte Behandlungszeit in Rechnung gestellt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten