Anamnesebogen:

PRAXIS DR. DR. LIER
AM WEINBERG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Dieser Fragenbogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum

Anschrift

Straße / Haus-Nr.	Telefon	Mobiltelefon / E-Mail
Postleitzahl	Ort	Familienstand

Beruf

Beruf	Arbeitgeber	Telefon beruflich

Krankenkasse

☐ Zahn-Zusatz-Versicherung	Versicherter (Name, Vorname)	Geb.-Datum

Ihre Ärzte

Hausarzt	Zahnarzt	Kieferorthopäde

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Herzinfarkt, Bypass-OP, Stent?	❑ Ja ❑ Nein	Bestrahlungstherapie / Chemotherapie?	❑ Ja ❑ Nein
Herzklappenersatz, Herzklappenfehler?	❑ Ja ❑ Nein	Blutgerinnungsstörung?	❑ Ja ❑ Nein
Herzrhythmusstörung, Schrittmacher?	❑ Ja ❑ Nein	Glaukom (Grüner Star)?	❑ Ja ❑ Nein
Nierenerkrankung, Dialyse?	❑ Ja ❑ Nein	Schlaganfall?	❑ Ja ❑ Nein
Bluthochdruck?	❑ Ja ❑ Nein	Krampfanfälle, Epilepsie, Depression?	❑ Ja ❑ Nein
Lungenerkrankungen?	❑ Ja ❑ Nein	einer anderen Erkrankung?	❑ Ja ❑ Nein
Asthma bronchiale?	❑ Ja ❑ Nein	Welcher?_____	
Sind Ihnen Allergien bekannt?	❑ Ja ❑ Nein	Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	❑ Ja ❑ Nein
Welche?_____		Rauchen Sie?	❑ Ja ❑ Nein
Lebererkrankung?	❑ Ja ❑ Nein	Nehmen Sie Drogen?	❑ Ja ❑ Nein
Tuberkulose, Hepatitis B, C, HIV (Aids)?	❑ Ja ❑ Nein	Nehmen Sie Medikamente ein?	❑ Ja ❑ Nein
Magen-, Darmerkrankung?	❑ Ja ❑ Nein	Welche?_____	
Osteoporose, Bisphosphonattherapie?	❑ Ja ❑ Nein	_____	
Schilddrüsenerkrankung?	❑ Ja ❑ Nein	_____	
Diabetes?	❑ Ja ❑ Nein	❑ Marcumar ❑ Xarelto ❑ ASS ❑ Eliquis ❑ Heparin	
Krebserkrankung?	❑ Ja ❑ Nein	❑ Plavix/Clopidogrel ❑ andere Gerinnungshemmer	

Bei Kindern und **getrennt lebenden** Eltern: Wer ist sorgeberechtigt? ❑ Mutter ❑Vater ❑ beide Eltern

Datum:_____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit