Krankenkasse bzw. Kostent	räger		
Name, Vorname des Versi	cherten		
	geb. am		am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	



## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir sind stets bemüht, Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zukommen zu lassen. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemein-medizinische Dinge zu klären.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Bogen wird Ihrer Patientenkartei hinzugefügt.

Bevor wir uns also über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gern behilflich.

Falls abweichend von o.g. L	Oaten:				
	Vorname:		:		
	Mobiltelefon:				
	Arbeitgeber:	Krankenkass		::	
o Gesetzliche Krankenkasse	o Private Krankenkasse o Standard	-/Basistarif	o zusatzversichert	o vollversichert	o Beihilfe
Falls Sie über jemanden and	lers (mit-)versichert sind, benötigen wir kurz	folgende Ang	aben:		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:			
Anschrift:					
Bitte kreuzen Sie die jeweili	gen Antworten an und füllen Sie bei Bedarf	die Felder aus	l		
Um unsere Behandlungen be	ei Bedarf mit Ihrem <b>Hausarzt</b> abzustimmen,	, benötigen wir	dessen Anschrift:		_
Befanden Sie sich innerhalb	der letzten zwei Jahre in <b>ärztlicher Behand</b>	llung? oja	o nein		
Falls ja, aus welchem Grund	1?				
Nehmen Sie regelmäßig <b>Me</b>	dikamente ein?	o ja	o nein		
Falls ja, welche?					
Alle or to a					
Allergien	cht einer Allergie oder Überempfindlichkeit				
		م نہ	a main		
gegenüber Materialien oder Falls Ja, gegen welche?	iviedikamenten?	о ја	o nein		
Besitzen Sie einen Allergiep	vass?	o ja	o nein		
Bluterkrankungen					
Blutungsneigung (Hämophil	lie)?	o ja	o nein		
Blutarmut (Anämie)?	•	,	o nein		
		,			
			o nem	Ţ	Ditta





## ZAHNARZTPRAXIS DR. THOMAS BAUM



Herz-/Kreislauferkrankungen			Erkrankungen des Nervensystems		
Herzschwäche (Insuffizienz)?	o ja	o nein	Epilepsie? Epileptiforme Anfälle?	o ja	o nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	o ja	o nein	Krämpfe?	o ja	o nein
Angina pectoris (Herzasthma)?	o ja	o nein	Ohnmachtsanfälle?	o ja	o nein
Herzschrittmacher?	o ja	o nein	Psychosomatische Erkrankungen?	o ja	o nein
Künstliche Herzklappe(n)?	o ja	o nein	Depressionen?	o ja	o nein
Herzfehler?	o ja	o nein	Sonstiges?		
Herzinfarkt?	o ja	o nein	C4-ff-wahaaladaan		
Hoher Blutdruck?	o ja	o nein	Stoffwechselerkrankungen		
Niedriger Blutdruck?	o ja	o nein		-	o nein
Wie hoch normalerweise?/			5	-	o nein
Sonstiges?				-	o nein
				э ја	o nein
Weitere Erkrankungen der inneren Organe			Sonstiges?		
Magen-Darm-Erkrankungen?	o ja	o nein			
Nierenerkrankungen?	-	o nein	Augenerkrankungen		
Chronische Erkrankungen der Atemwege		o nein		-	o nein
Tumor-Erkrankungen /-operationen?		o nein		э ја	o nein
Falls ja, mit Bisphosphonat-Therapie?	o ja	o nein	Sonstiges?		
Sonstiges?					
			Suchterkrankungen		
Infektionskrankheiten			Rauchen Sie?	o ja	o nein
Gelbsucht (Hepatitis)?	_ :_		•	-	o nein
Tuberkulose?		o nein	Konsumieren Sie regelmäßig oder gelegentlich Drogen?		
Herpes?	-	o nein	Nahmen Sie in der Vergangenheit regelmäßig Drogen?		
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt?		o nein	Leiden oder litten Sie an Ess- Brech- Sucht (Bulimie)?	o ja	o nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?		o nein	Schwangerschaft		
Sonstiges?			Wenn ja, in welchem Monat?		
			Weim ju, in Weienem Monat.		
Röntgen					
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-F					
Falls ja, wo?					
Ihre <b>Wünsche</b> sind uns wichtig! Sollten Sie vor d	ler Zahn	behandlı	ing persönliche Erwartungen oder Wünsche haben, lassen S	ie es	uns
bitte wissen:			-		
		1 0'			
_			e sich einmal jährlich an Ihre Kontrolltermine erinnern lasse		
			agen Sie bitte in das entsprechende Feld Ihre Wunsch-Bena	chric	htigung ein:
o per E-Mail an folgende Adresse					
					<del></del>
o nein, ich möchte nicht benachrichtigt werden!					
Ich versichere, meine Angaben vollständig und na	ach besto	em Wiss	en und Gewissen gemacht zu haben.		
(O.1. D.1. )					
(Ort, Datum)			(Unterschrift)		

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden diesen Fragebogen regelmäßig aktualisieren. Bitte teilen Sie uns Änderungen jedoch umgehend mit!