

Fragen zur Gesundheit (ärztliche Anamnese)

A. Allgemeiner Teil:

Vor der Behandlung im eigenen Interesse bitte sorgfältig ausfüllen!

Name Vorname Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl Ort

Handynummer Email

Beruf Arbeitgeber/ Anschrift Krankenkasse

Über wen sind Sie versichert?

Name Vorname Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl Ort

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja _____

Welcher Pflegegrad (1- 5 / 2. Pflegestärkungsgesetz) wurde festgestellt? _____

Erinnerungsservice (Recall) Möchten Sie das Praxisangebot nutzen? ja nein

Wie möchten Sie erinnert werden? 1 mal/ 2 mal/ Jahr
Postkarte___ E-Mail___ WhatsApp ___

B. Krankengeschichte:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Antwort ankreuzen und ggf. ergänzen!

Allergie nein ja _____

Atemwegserkrankungen nein ja _____

Blutgerinnungsstörung nein ja _____

Zuckerkrankheit nein ja _____

Anfallsleiden nein ja _____

**Zahnarztpraxis Dr. Minderjahn
Stolberg**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	nein	ja	_____
Herzinfarkt	nein	ja	wann? _____
Koronare Herzkrankheit	nein	ja	
Angina pectoris	nein	ja	
Herzrhythmusstörung	nein	ja	
hoher Blutdruck	nein	ja	
niedriger Blutdruck	nein	ja	
Herzklappenersatz	nein	ja	
Herzschrittmacher	nein	ja	
Infektionskrankheiten	nein	ja, welche?	_____
Gelbsucht (Hepatitis)		ja	
HIV, AIDS		ja	
Tuberkulose		ja	
Orthopädische Erkrankung	nein	ja, welche?	_____
HWS- Syndrom		ja	
Künstliches Gelenk		ja	
Osteoporose		ja	
Tumorerkrankung	nein	ja, welche?	_____
Besteht eine Schwangerschaft?	nein	ja, in welcher Woche?	_____ ungewiß

C. Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein, regelmäßig oder vorübergehend?

Name und Anschrift Ihres Hausarztes, den wir bei Bedarf konsultieren dürfen.

D. Spezielle Angaben zur Zahngesundheit:

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	nein	ja
Sind Zähne locker?	nein	ja
Haben Sie Kopf-/ Nackenschmerzen?	nein	ja
Haben Sie in der letzten Zeit Stress?	nein	ja
Sie sind Raucher?	nein	ja
Sind Sie ängstlich?	nein	ja

E. Allgemeine Angaben zur Behandlung

Legen Sie Wert auf eine Betäubung?	nein	ja
Sollen wir Behandlungsschritte erklären?	nein	ja
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?	Monat/ Jahr	_____
Wann war die letzte Zahnarztbehandlung?	Monat/ Jahr	_____

F. Die Datenschutzerklärung habe ich im Aushang/ Homepage zur Kenntnis genommen.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit bestätige ich mit meiner Unterschrift!

Datum: _____ Name: _____