

**Zahnärztlich – Oralchirurgische Gemeinschaftspraxis
Dr. Kathrin Langowsky und MSc. Dr. Oliver Tzscharnke**

ANAMNESE - BOGEN

Sehr geehrte Patient,

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen möchten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen bitten. Nehmen Sie sich dafür ausreichend Zeit und schreiben Sie in Druckbuchstaben.

Bitte beachten Sie, daß diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und zu Ihrer eigenen Sicherheit dienen.

Name / Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____ Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Telefon privat / Handy: _____ / _____ beruflich: _____ / _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name Hausarzt: _____ Hauszahnarzt: _____

Anamnese:

(Bitte bei jeder Frage ein Kreuz setzten!)

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Nein __ Ja __

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein __ Ja __

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Medikamente, Materialien o.a.? Nein __ Ja __

Wenn ja, gegen welche? _____

Rauchen Sie, wenn ja wieviel pro Tag? _____ Trinken Sie regelmäßig Alkohol, wenn ja wieviel pro Tag? _____

Besteht z.Z. eine Schwangerschaft, wenn ja welcher Monat? _____ Nein __ Ja __

Leiden Sie an:

Herzerkrankungen (z.B. Endokarditis, Angina pectoris, Herzklappenersatz)? Nein __ Ja __

Kreislaufkrankungen wie z.B. Hoher _____ oder niedriger _____ Blutdruck? Nein __ Ja __

Erhöhter Blutungsneigung (z.B. nach Zahntentfernungen, Operationen)? Nein __ Ja __

Lebererkrankungen (Hepatitis oder Gelbsucht)? Nein __ Ja __

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS, Tuberkulose, Hepatitis)? Nein __ Ja __

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? Nein __ Ja __

Augenerkrankungen (z.B. grauer Star, grüner Star, Glaukom)? Nein __ Ja __

Nierenerkrankungen (z.B. Steinleiden, Dialyse, Transplantation)? Nein __ Ja __

Krampfanfällen (Epilepsie)? Nein __ Ja __

Wenn eine Erkrankung vergessen wurde, an welcher leiden Sie außerdem? _____

Ich versichere hiermit, daß ich o.g. Angaben nach meinem bestem Wissen beantwortet habe.

Ich bestätige hiermit, dass ich bereits vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher telefonisch absagen muß (Bestellpraxis). Ich weiß, dass ich mich ansonsten im Annahmeverzug befinde und mir die Kosten des Honorarausfalles lt. Urteil vom AG Wetzlar (AZ:32 C 1826/03) in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters