

# Patientenerhebungsbogen/Anamnese

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gebdatum.: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Handy Nr/ Tel. \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

## Herz-/ Kreislauferkrankungen:

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein

Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein  
Organtransplantiert  ja  nein  
Stammzellentransplantiert  ja  nein

## Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein  
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

### Nehmen Sie Bisphosphonate?

### Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

### Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

### Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

### Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

## Anfallsleiden (Epilepsie)

## Asthma/Lungenerkrankungen

## Blutgerinnungsstörungen

## Diabetes/Zuckerkrankheit

## Drogenabhängigkeit

## Nervenerkrankung

## Nierenerkrankungen

## Ohnmachtsanfälle

## Osteoporoseerkrankung

## Raucher

## Rheuma/Arthritis

## Schilddrüsenkrankung

## Sonstige Erkrankungen:

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

ja  nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein

Antibiotika  ja  nein

Schmerzmittel  ja  nein

Metalle: .....

ja  nein

## Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche

## Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann? .....

..... seit .....

..... seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein seit .....

ja  nein Datum: .....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

....., den .....

Unterschrift: .....