

# ANAMNESEBOGEN



Name: ..... Vorname: .....

Geb.-Datum: .....

Adresse: .....

Tel.-Nr.: ..... Beruf (Arbeitsstelle): .....

Hausarzt: .....

**1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?**

- ☐ Asthma
- ☐ Herzbeschwerden (Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- ☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- ☐ Gelbsucht, Leberkrankheiten
- ☐ Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen (Marcumar, ASS 100)
- ☐ Ohnmachts- oder Krampfanfälle/ Epilepsie
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ HIV positiv
- ☐ Andere: .....

**2. Haben Sie allergische Reaktionen/ Unverträglichkeiten von Medikamenten, welche?**

.....

**3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?**

.....

**4. Haben Sie oralhygienische Probleme?**

- ☐ überempfindliche Zähne, erhöhte Kälteempfindlichkeit
- ☐ Verfärbte Zähne
- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Halitosis (Mundgeruch)
- ☐ Amalgamfüllungen
- ☐ Kiefergelenksbeschwerden (Knirschen, Pressen, Knacken)
- ☐ Rauchen
- Andere: .....

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐ Ungewiss ☐

**Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter/-innen!**

**Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie das Feld bitte frei.

☐ Ich willige ein, dass persönliche Daten, Röntgenbilder und Fotos für therapeutische und diagnostische Zwecke an Dentallabore, Hausärzte, Krankenkassen, Kieferorthopäden und Kieferchirurgen weitergeleitet werden

Datum: ..... Unterschrift: .....