

**Praxismgemeinschaft
Alexander Raue
Karsten Schreder – Fachzahnarzt für Oralchirurgie**

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Es wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____
 Tel.Privat _____ Tel.Mobil _____
 E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse/private Krankenversicherung _____
 gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
 Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____
 Tel. _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des...

Herzens oder Kreislauf	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nieren	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wirbelsäule	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Haben oder hatten Sie...

hohen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
niedrigen Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ohrensausen/Tinnitus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Grüner Star	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV (AIDS)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hepatitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welcher Typ?	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B
	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D
	<input type="radio"/> E	

Allergien ja nein Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:
