

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Telefon mobil (Handy) _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Telefon privat _____

Beruf _____ **Arbeitgeber** _____
Telefon dienstlich _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse _____

- Wodurch oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

- Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

- **Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler, Herzklappenersatz | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung (Dialyse) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="checkbox"/> Allergien (Allergiepass) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankung (Blutgerinnungsstörungen, bzw. langes Nachbluten) | | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |

- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente
z.B. Marcumar, ASS (Aspirin), Xarelto, Pradaxa, Eliquis? ja nein

- Besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber Lokalanästhesie? ja nein

- Wurde bei Ihnen ein HIV-/AIDS-Test gemacht? ja nein positiv negativ

- Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? ja nein

- Beobachten Sie ein Knacken im Bereich der Kiefergelenke? ja nein

- Vertragen Sie bestimmte Medikamente (z.B. Penicillin) nicht? _____

- Welche sonstigen Erkrankungen haben Sie zurzeit? _____

- Wer ist Ihr Hausarzt? _____

- Wer war Ihr früherer Zahnarzt? _____ Sind Sie schwanger? ja nein

- **Ich interessiere mich für Hypnose, weil ich:**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> mein Gewicht reduzieren möchte | <input type="radio"/> mit dem Rauchen aufhören möchte |
| <input type="radio"/> mich seelisch und körperlich regenerieren möchte | <input type="radio"/> Angst vor zahnärztlicher Behandlung habe |
| <input type="radio"/> Sonstiges _____ | |

Hiermit bin ich darauf hingewiesen worden, nach einer örtlichen Betäubung für 24 Stunden kein Fahrzeug zu steuern und keine Maschine zu bedienen.

Datum _____ Unterschrift _____

Meine persönlichen Daten zum Anamnesebogen auf der Vorderseite sind aktuell:

_____	Datum
_____	Unterschrift
_____	Datum
_____	Unterschrift
_____	Datum
_____	Unterschrift
_____	Datum
_____	Unterschrift