

## **Patientenanmeldung und Anamnese**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können.  
Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Mitglieds: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Nr: \_\_\_\_\_ Tel.privat: \_\_\_\_\_

PLZ; Ort: \_\_\_\_\_

Tel.:gesch.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Hausarztes (Allgemeinarzt oder Internist)

---

### **Allgemeine Anamnese:**

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ O Ja O Nein  
(gegen Penicillin, Aspirin, Schmerzmittel etc.) \_\_\_\_\_

2. Besitzen Sie einen Allergiepass? O Ja O Nein

3. Leiden Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden O Ja O Nein

4. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung O Ja O Nein

5. Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? Benötigen Sie Insulin? O Ja O Nein

6. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  
eine Lebererkrankung?  
Eine Nierenerkrankung?  
z. Zt eine Infektionskrankheit (Aids, Hepatitis)  
Osteoporose?  
Bronchial-Asthma?  
Andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder Husten?  
Epilepsie (Anfallsleiden)?  
Hohen / niedrigen Blutdruck?  
Zutreffendes  
bitte  
Unterstreichen

7. Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen? O Ja O Nein

8. Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? O Ja O Nein

9. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordnete Medikamente? O Ja O Nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

10. Sind Sie schwanger? O Ja O Nein

**Bitte teilen Sie eine Schwangerschaft immer unaufgefordert mit!**

11. Haben Sie Angst vor Zahnbehandlungen? O Ja O Nein

12. Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokalen Betäubung? O Ja O Nein

13. Haben Sie eine Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen abgeschlossen? O Ja O Nein

**Aufklärung:** Bei lokaler Betäubung können in Ausnahmefällen Nervenschädigung auftreten.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Praxismitarbeiter.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_