

# ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. den von Ihnen vertretenen Angehörigen in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis gemäß dem Merkblatt "Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO" ein. Das Merkblatt wird Ihnen zur Einsicht ausgehändigt, auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck.

**Ihr Team der Oralchirurgischen Praxis Freising.**

## Persönliches:

..... Name/Vorname	..... Geburtsdatum
..... Straße/Hausnummer	..... PLZ/Ort
..... Telefon Festnetz	..... Telefon Mobil
..... E-Mail-Adresse	
..... Hausarzt	..... Zahnarzt

## Versicherung:

.....  
Krankenkasse

Gesetzlich versichert    
  Zusatzversicherung  
 Privat versichert    
  Beihilfeberechtigt    
  Standard-/ Basistarif (Erstattung nur bis zum 2,0 fachen Satz)

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

..... Name/Vorname	..... Geburtsdatum
..... Straße/Hausnummer	..... PLZ/Ort

bitte wenden 

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die oralchirurgische/zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können.

## Allgemeine Gesundheit:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen  
Wenn ja, welche?
  - Herzinfarkt
  - Angina pectoris
  - Herzschrittmacher
  - Herzklappenersatz
  - Endokarditisprophylaxe notwendig
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (Asthma, COPD)
- Osteoporose
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Tuberkulose)
- Lebererkrankungen (Hepatitis A, B, C)
- Tumorerkrankungen
- Augenerkrankungen (Glaukom usw.)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Depressionen
- Allergien  
Wenn ja, welche? .....
- andere Erkrankung / Besonderheiten .....

## Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

- .....
- .....
- .....
- Unverträglichkeit gegen Medikamente  
Wenn ja, welche? .....
  - Unverträglichkeit gegen Spritzen (Lokalanästhetika)
  - Rauchen Sie?  
Wenn ja, wie viel pro Tag? .....

## Mundgesundheit:

- Wann wurden Sie im Mundbereich das letzte Mal geröntgt?  
.....

## Für unsere Patientinnen:

- Sind Sie schwanger?  
Wenn ja, in welcher Woche?  
.....

**Ich habe zur Kenntnis genommen,** dass ich aus rechtlicher Sicht nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) für 24 Stunden kein Fahrzeug führen darf.

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit** der obigen und umseitigen Angaben. Ich willige ein, dass die obigen und umseitigen Angaben ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert werden und etwaige Röntgenbilder auf elektronischem Wege (eMail) an meinen Zahnarzt versandt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten