



# ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine optimal auf Sie abgestimmte Behandlung und eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt.

**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

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