



Dr. Steffen Dosch

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrter Patient, vor Ihrer Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben:

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

für eine Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können besprechen Sie diese bitte mit uns vor Ihrer Behandlung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Medikamente

Bitte führen Sie hier die Medikamente auf, welche Sie einnehmen:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! **(bitte zutreffendes mit Ja ankreuzen)** !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Herz

(ja) (nein) Hatten Sie schon einen Herzinfarkt, wenn ja wann: _____

(ja) (nein) Zustand nach Endokarditis (Herzklappenentzündung)

(ja) (nein) Herzinsuffizienz

(ja) (nein) Hatten Sie schon Bypassoperationen, wenn ja, wie viele: _____

(ja) (nein) Herzklappenersatz

(ja) (nein) Herzschrittmacher

(ja) (nein) Angina pectoris

Erkrankungen des blutbildenden Systems

(ja) (nein) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein

(ja) (nein) Blutarmut

(ja) (nein) Bluter

Kreislauf

(ja) (nein) niedriger Blutdruck

(ja) (nein) Bluthochdruck

(ja) (nein) Schlaganfall

Stoffwechsel

(ja) (nein) Diabetes

(ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung

Augen

(ja) (nein) erhöhter Augeninnendruck

(ja) (nein) Grauer Star

in Behandlung (ja) (nein)

(ja) (nein) Grüner Star

Bitte wenden Sie das Blatt



Atemwege/Lunge

(ja) (nein) Asthma

(ja) (nein) Bronchitis

(ja) (nein) Rauchen Sie, wenn ja wie viele Zigaretten am Tag: _____

Erkrankungen des Magen Darm Traktes

(ja) (nein) wenn ja welche: _____

Blasen-Niere

(ja) (nein) Nierenerkrankung

(ja) (nein) Dialyse

Leber

(ja) (nein) Hepatitis A

(ja) (nein) Hepatitis B

(ja) (nein) Hepatitis C

Nervengewebe

(ja) (nein) zustand nach Creutzfeld-Jakob (BSE)

(ja) (nein) zustand nach Creutzfeld-Jakob (BSE)
ähnlicher Erkrankung

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS

(ja) (nein) Tumorerkrankungen, Chemotherapie wenn ja wo: _____

(ja) (nein) Creutzfeldt Jakob oder Creutzfeldt Jakob ähnliche Erkrankung

Sonstige wichtige medizinische Informationen

(ja) (nein) Blutung nach Zahnextraktion länger als 4h

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte
Erkrankung: _____

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja welche: _____

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja welche: _____

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

(ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen
Spritzen auf? Wenn ja welche: _____

(ja) (nein) Sind Sie schwanger? Wenn ja im welchem Monat: _____

(ja) (nein) Wurden Sie in letzter Zeit im Mund-Kopf Bereich geröntgt?
Wenn ja wann: _____

Weitere administrativ wichtige Informationen

Wann war Ihr letzter Zahnarzttermin: _____

(ja) (nein) Besitzen Sie ein Bonusheft

(ja) (nein) Möchten Sie an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten .

Auf Ihren Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Schwäbisch Gmünd, den.....

Unterschrift.....