



DR. THORSTEN THALMANN

Zahnarzt | Schloßplatz 5 | 97340 Marktbreit

0 93 32 / 10 44

info@zahnarzt-marktbreit.de

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer zahnärztlichen Praxis.

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahn-/medizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Sofern Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Falls Sie ein **BONUSHEFT** besitzen- bitte vorlegen!

Persönliches

Name _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße /Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Allgemeine Anamnese

Herzerkrankungen/ Herzoperationen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Bypass | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Herzklappenfehler bzw. Herzklappen-Prothese/Ersatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Angina pectoris | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



Erkrankungen

- der Lunge z.B. Asthma bronchiale, COPD ja nein
- der Leber z.B. Hepatitis ja nein
- des Magen-Darmtraktes z.B. Morbus Crohn ja nein
- der Nieren z.B. Niereninsuffizienz ja nein
- der Knochen z.B. Osteoporose ja nein
- der Augen z.B. Glaukom/grüner Star ja nein
- des Nervensystems z.B. Epilepsie ja nein
- des Hormonhaushalts z.B. Diabetes, Schilddrüse, ... ja nein
- des Immunsystems z.B. Autoimmunerkrankungen ja nein
- des Blutes z.B. Blutgerinnungsstörung ja nein
- sonstiges: _____

Infektionserkrankungen

- HIV/ Hepatitis / Tuberkulose ja nein
- Wenn ja, welche? _____

Krebserkrankungen

- Wenn ja, welche? _____ ja nein
 - Strahlentherapie? _____
 - Chemotherapie? _____

Operationen

- Wenn ja, welche: _____ ja nein
- Wann: _____

Organtransplantat

Allergien

- auf Medikamente/ Materialien ja nein
- Wenn ja, welche: _____
- Allergie-Pass vorhanden ja nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein



Medikamentenanamnese

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Blutdruck z.B. Bisoprolol | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutverdünner z.B. Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, ASS | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bisphosphonate z.B. Alendronat, Ibandronat, Zoledronat | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie z.B. Valproat | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige: _____ | | |

Zahnärztliche Anamnese

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Unverträglichkeiten bei Spritzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Traten nach chirurgischen Eingriffen bisher Nachblutungen auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Kiefergelenksbeschwerden/-knacken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Letzte Röntgenuntersuchung: _____ | | |
| Besteht eine Zahnzusatzversicherung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht ein Pflegegrad? Wenn ja, welcher? _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei sehr kurzfristigen Absagen Ihres Termins oder Nichterscheinen zu einem Termin können wir diese teilweise nicht neu vergeben. Daher bitten wir Sie Ihre Termine rechtzeitig – mindestens 24 Stunden vorher – abzusagen.

Wenn dies jedoch nicht erfolgt, wird bei Nichteinhaltung eine Ausfallgebühr von 100,00 € fällig. Natürlich versuchen wir auch die individuellen Umstände zu berücksichtigen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient o. Bevollmächtigte/r