

2 | Anamnesebogen kurz

Liebe Patientin, lieber Patient!

In gewissen Abständen müssen wir uns über Ihren gesundheitlichen Zustand ein aktuelles Bild machen. Dazu bitten wir Sie, den Ihnen schon bekannten Fragebogen auszufüllen und zu unterschreiben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Lesen Sie dazu auch unsere Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage oder im Wartebereich unserer Praxis.

Persönliche Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hat sich Ihre Adresse bzw. Telefonnummer geändert?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte angeben:

Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden Sie unter

hohem Blutdruck	Ja	Nein	Tumorerkrankung	Ja	Nein
niedrigem Blutdruck	Ja	Nein	Nierenerkrankung	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörung	Ja	Nein	Haben Sie künstliche Gelenke?	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein	Asthma	Ja	Nein
Rheumatischen Erkrankungen	Ja	Nein	Rauchen Sie?	Ja	Nein

Infektionskrankheiten wie

HIV	Ja	Nein	Tuberkulose	Ja	Nein
Hepatitis	Ja	Nein	Wenn ja, welcher Typ: _____		

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) Ja Nein

Diabetes Ja Nein Wenn ja, welcher Typ: _____

Allergien Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Herzerkrankungen Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Hatten Sie einen Schlaganfall Ja Nein Wenn ja, wann: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Handelt es sich dabei um ein Blutverdünnendes Medikament Ja Nein

Bisphosphonat Ja Nein Antidepressivum Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein Cortison Ja Nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Hatten Sie eine Operation im Mund? Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Haben Sie zahnärztliche Betäubungen gut vertragen? Ja Nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Behandlung unter Lokalanästhesie

Bei Behandlungen in Lokalanästhesie können trotz aller Sorgfalt Störungen oder Komplikationen auftreten. Diese sind im Aufklärungsformular in unserem Wartebereich zusammengestellt.

Das Aufklärungsformular zur Lokalanästhesie habe ich gelesen, verstanden und habe eingewilligt. Alle Fragen wurden beantwortet und mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung bis zum Beginn der Behandlung widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Gesundheitsangaben, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner personengebundenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung für Patienten (s. Aushang) einverstanden.

Datum

Unterschrift