**Anamnesebogen**

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

Name Vorname Geburtsdatum und -ort

**Versicherte Person**

 Name Vorname Geburtsdatum

**Anschrift**

Straße + Nr.

PLZ Ort

Telefon tagsüber Mobiltelefon

**Krankenkasse**

**Beruf**   **Arbeitgeber**

**Zahn-Zusatzversicherung ⃝** Nein **⃝** Ja

**Besitzen Sie ein Bonusheft ⃝** Nein **⃝** JaWenn ja, Bonus seit

Gerne erinnern wir Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung

Ja, gerne: ⃝ per SMS ⃝ via E-Mail @ ⃝ per Postkarte

⃝ Nein

**Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand**

Haben Sie aktuell Beschwerden im Mundbereich ? ⃝ Ja Grund:

⃝ Nein

Hausarzt (Name, Adresse, Tel.- Nummer):

**Medikamente**  Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

**Allergien** Gegen welche Materialien und Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit

oder Allergie ?

Besitzen Sie einen Allergiepass ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Kreuzen Sie bitte an, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen / Befunde leiden / gelitten haben:

**Herz** Herzschwäche (Insuffizienz) ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Herzasthma / Angina Pectoris ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Herzschrittmacher / Herzklappenersatz ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Kreislauf** Ist Ihr Blutdruck zu hoch ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Ist Ihr Blutdruck zu niedrig ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Wenn ja, wann zuletzt ?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Vegetative** Ohnmachtsanfälle ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Erkrankung** Tinnitus ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Migräne ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Stoffwechsel** „Zucker“ (Diabetes) ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Magen-Darmerkrankung ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Schilddrüsenerkrankung ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Nervensystem**  Epileptische Anfälle ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Krämpfe ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Blut** Blutungsneigung (Hämophilie) ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Infektionen** Hepatitis A / B / C ? ⃝ Ja ⃝ Nein

HIV / AIDS ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Chronische Atemwegserkrankungen ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Sonstiges** Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Rauchen Sie ? ⃝ Ja ⃝ Nein

Wenn ja wie viel pro Tag ? Zigaretten

Schnarchen Sie ? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Röntgen** Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich geröntgt? ⃝ Ja ⃝ Nein

**Sind Sie schwanger?** Wenn ja, vorraussichtlicher Geburtstermin:

**Datenschutzrechtliche Einwilligung :**

Herr/ Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.: stimmt der Speicherung seiner/ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Er/Sie wird darauf hingewiesen, dass er/sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen können (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Bei Kindern unter 16 Jahren erfolgt die Einwilligung durch den/die Erziehungsberechtigten (Art. 8 Abs. 1 DSGVO).

Lindau, den Unterschrift:

**Für Patienten von Dr. Cantner und Patienten aus der Praxis Konrad, Lechner & Kollegen :**

Ich, , bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen aus der vorhergehenden Praxis für meine Weiterbehandlung von Frau Dr. Rieder eingesehen werden dürfen.

Lindau den, Unterschrift: