**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: