

Aktualisierung der Anamnese

Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Aktuelle Anschrift: _____

Telefonnummer/Handy/Email: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, auch wenn Sie keinen Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung sehen!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb.

Liegen oder lagen Erkrankungen vor:

Herzerkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzklappenersatz

wenn ja, seit wann? _____

Herzfehler

Endokarditis

Herzinfarkt,

wenn ja, wann? _____

Herzschrittmacher

Sonstige: _____

Kreislaufkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

Blutdruck zu hoch

zu niedrig

Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?

Einnahme von Gerinnungshemmern

Wenn ja, welche?(z.B. ASS, Marcumar, Plavix...)

Ohnmachtsneigung

Sonstige: _____

Stoffwechselerkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Diabetes
 - Magen-/Darmerkrankungen
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Nierenerkrankungen
 - Lebererkrankungen
 - Osteoporose
-

Nervensystemerkrankung: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Anfallsleiden (Epilepsie)
 - Sonstige: _____
-

Infektionserkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Leberentzündung/Gelbsucht
 - Hepatitis A
 - Hepatitis B
 - Tuberkulose
 - HIV
 - Aids
-

Immunsystem: nein ja

wenn ja, bitte weiter ausfüllen

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems:

Hatten Sie eine Organtransplantation?

Lunge: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Asthma
 - Chronische Erkrankungen (z.B COPD)
 - Bitte erläutern _____
-

Sonstige Erkrankungen: nein ja

wenn ja, bitte weiter ankreuzen

- Rheumatische Erkrankungen
 - Allergien
 - Wenn ja, welche? _____
 - Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung
 - Wenn ja, welche? _____
 - Haben Sie eine andere ernsthafte Krankheit?
 - Wenn ja, welche? _____
-

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

nein ja

Welche? _____

Oder legen Sie bitte Ihre Medikamentenliste vor!

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit?

nein ja

Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI vor?

nein ja

Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?

nein ja

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?

Datum und Unterschrift _____

Bitte wenden!