ANAMNESEBOGEN

Zahnarztpraxis
Dr. med. dent. Naghibi

Sehr geehrte Patienten,
für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patientenangaben:

Name, Vorname
Straße | PLZ | Ort
Geburtsdatum
Telefon | Mobil
E-Mail Adresse
Beruf
Arbeitgeber
Versicherung

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ PKV-Standarttarif ☐ Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein

Mein Hausarzt

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen

Herz-/Kreislauferkrankungen	☐	Herzklappenerkrankung/-ersatz	☐
Bluthochdruck (Hypertonie)	☐	Herzinfarkt, Angina pectoris	☐
Bypass/Stent/Herzschrittmacher	☐	Endokarditis-Prophylaxe	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	Neigen Sie zu blauen Flecken?	☐
Immunschwäche (HIV/AIDS)	☐	Rheuma, rheumatische Erkrankungen	☐
Lebererkrankung (Hepatitis)	☐	Tuberkulose	☐
Lungenerkrankung (Asthma,COPD)	☐	Nierenfunktionsstörung	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Augenerkrankungen (Glaukom-grüner Star)	☐
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	Magen-Darm-Erkrankungen	☐
Tumorerkrankung	☐	Einnahme von Bisphosphonaten?	☐
Osteoporose	☐	Neigen Sie zu Ohnmacht?	☐
Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	Sonstige Erkrankungen/Infektionen?	☐
Rauchen Sie?	☐	Schwangerschaft (ja/vielleicht)	☐
Wenn ja, wieviel pro Tag?			
Allergien (Allergiepass?)	☐		

Welche Allergien?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Blutverdünner? (ASS, Marcumar, Xarelto,...) ☐

Welche anderen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

bitte wenden

Bei Neupatienten

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

☐	Telefonbuch	☐	Website
☐	Lage der Praxis	☐	Suchmaschine
☐	Sonstiges		
☐	auf Empfehlung von?		

Medikamente und auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktion im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sollte eine Anästhesie im Unterkiefer notwendig sein, erfolgt eine Betäubung des gesamten Unterkiefernervs einer Seite. Dabei kann in seltenen Fällen (ca. 0,1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und/oder Zunge verbunden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten