



DR. KRAUSE

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Team der Praxis Dr. med. dent. Markus Krause

PERSÖNLICHE ANGABEN

Die mit * markierten Felder sind freiwillige Angaben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon geschäftlich*	
Telefon Mobil	E-Mail	
Beruf*		

VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert ☐

Privat versichert ☐

Zusatzversicherung ☐

Hausarzt	Ort

ERINNERUNGSSERVICE

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung, laufende Behandlungstermine oder Prophylaxe in Absprache mit Ihnen erinnert werden?

Ja Nein

☐	☐
--------------------------	--------------------------

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	☐	☐
Niedriger Blutdruck	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Diabetes	☐	☐

Herzerkrankungen ☐ ☐

Wenn ja, welche

	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐
Rheumatische Erkrankung	☐	☐
Penicillin Überempfindlichkeit	☐	☐
Asthma	☐	☐
Epillepsie	☐	☐

Sonstige Überempfindlichkeiten ☐ ☐

Wenn ja, welche

INFEKTIONSKRANKHEITEN

	Ja	Nein	A	B	C
Hepatitis A, B, C	☐	☐	☐	☐	☐
HIV	☐	☐			
Tuberkulose	☐	☐			
Creutzfeldt-Jakob	☐	☐			
Sonstige	☐	☐			

Allergien ☐ ☐

Wenn ja, welche

WISSENSWERTES

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐	☐

Wenn ja, welche

Bestehen Suchtkrankheiten? ☐ ☐

Wenn ja, welche

SONSTIGE ANGABEN/KRANKHEITEN

WIE LANG IST IHRE LETZTE RÖNTGENUNTERSUCHUNG/COMPUTERTOMOGRAFIE HER?

< 1 Jahr ☐ > 1 Jahr ☐

BITTE BESTÄTIGEN SIE DIE RICHTIGKEIT IHRER ANGABEN MIT IHRER UNTERSCHRIFT.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer vorstehenden Angaben und stimmen der Speicherung, Bearbeitung und Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zur Erfüllung des Behandlungsvertrages ausdrücklich zu.

 Datum, Ort	 Unterschrift
---------------------------	-----------------------------