



# 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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Festnetz	Telefon geschäftlich*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Mobil	E-Mail	
<input type="text"/>		
Beruf*		

### VERSICHERUNG

Gesetzlich versichert  Privat versichert  Zusatzversicherung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche

	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epillepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Sonstige Überempfindlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

	Ja	Nein	A	B	C
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Ja	Nein
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche

## WISSENSWERTES

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche

	Ja	Nein
Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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