

## Anamnese

### Patient/in:

Name: ..... Vorname: .....

Geb.datum: ..... Geburtsort: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel (privat): ..... Tel (geschäftl.): .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

E-Mail: .....

Haben Sie eine Zusatzversicherung (bei Kassenpatienten): ja  nein

### Versicherte/r (falls von oben abweichend):

Name: ..... Vorname: .....

Geb.: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Beruf: ..... Arbeitgeber: .....

### Erkrankungen:

Herzerkrankungen ja  nein  Niedriger Blutdruck ja  nein

Herzschrittmacher ja  nein  Bluthochdruck ja  nein

Leberentzündung (Hepatitis) ja  nein  Diabetes ja  nein

Magen-Darm-Erkrankung ja  nein  Tuberkulose ja  nein

Schilddrüsenerkrankung ja  nein  HIV/AIDS ja  nein

Epileptische Anfälle ja  nein  Asthma ja  nein

Osteoporose ja  nein  MRSA ja  nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Liegt bei Ihnen ein Herzklappenfehler vor

oder haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja  nein

Besitzen Sie einen Endokarditis-Pass? ja  nein

**Bitte Rückseite beachten! =>**

Ihr Hausarzt heißt : .....

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein (Marcumar/ASS)? ja  nein

Wenn ja, welche und wie oft? .....

Bestehen bei Ihnen Allergien? ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Hatten Sie jemals eine unangenehme Reaktion auf eine  
Betäubung beim Zahnarzt? ja  nein

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja  nein

Wenn ja, welcher Monat? .....

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln? (1= unzufrieden, 10= wunschlos glücklich)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigte/r)

***!Terminabsagen bitte spätestens 24 Stunden vor dem Termin!***

**Hinweis:**

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Außenstehende nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.