

Zahnarztpraxis Schmücker

MEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und dienen einer sicheren Behandlung. Bitte informieren Sie uns künftig über Änderungen Ihres Gesundheitszustands oder Ihrer Medikamente.

Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherte/r (falls abweichend): _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail (freiwillig): _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt / Hausärztin: _____

1. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen.

☐ Ja ☐ Nein Herzerkrankung, Herzinfarkt oder Schlaganfall

☐ Ja ☐ Nein Blutgerinnungsstörung / erhöhte Blutungsneigung

☐ Ja ☐ Nein Künstliche Herzklappe / Endokarditis in der Vorgeschichte

☐ Ja ☐ Nein Blutarmut oder andere Bluterkrankung

☐ Ja ☐ Nein Bluthochdruck oder sehr niedriger Blutdruck

☐ Ja ☐ Nein Rheuma / entzündliche Erkrankung

☐ Ja ☐ Nein Asthma oder andere Atemwegserkrankung

☐ Ja ☐ Nein Osteoporose

☐ Ja ☐ Nein Diabetes (Zuckerkrankheit)

☐ Ja ☐ Nein Immunschwäche / HIV

☐ Ja ☐ Nein Lebererkrankung / Hepatitis / Gelbsucht

☐ Ja ☐ Nein Tuberkulose (TBC)

☐ Ja ☐ Nein Nierenerkrankung

☐ Ja ☐ Nein Allergien (z. B. Heuschnupfen, Latex)

☐ Ja ☐ Nein Schilddrüsenerkrankung

☐ Ja ☐ Nein Medikamentenunverträglichkeit

2. Weitere wichtige Angaben

Herzschrittmacher / implantiertes Herzgerät? ☐ Ja ☐ Nein

Künstliches Gelenk / Implantat? ☐ Ja ☐ Nein

Zahnfleischbluten / Parodontitis bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Probleme bei früheren Betäubungen? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Schwangerschaft (falls zutreffend)? ☐ Ja ☐ Nein ☐ unklar

Letzte Röntgenuntersuchung (ungefähr): _____

3. Medikamente und Allergien

Nehmen Sie regelmäßig oder derzeit Medikamente ein (insbesondere Blutverdünner, Kortison, Medikamente gegen Osteoporose oder Krebs)?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Latex, Betäubungsmittel): _____

Weitere Erkrankungen oder Hinweise, die für Ihre Behandlung wichtig sein könnten: _____

4. Ihre Behandlung

Wünschen Sie vor einer Behandlung eine örtliche Betäubung, sofern medizinisch sinnvoll? ☐ Ja ☐ Nein ☐ möchte ich besprechen

Haben Sie besondere Sorgen oder Angst vor der Zahnbehandlung? ☐ Ja ☐ Nein ☐ möchte ich persönlich besprechen

Wichtiger Hinweis: Nach einer örtlichen Betäubung oder bei Einnahme bestimmter Medikamente kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein. Bitte beachten Sie die individuelle Empfehlung des Praxisteam.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung: _____