

# Anamnesebogen



**Dr. Daniel Ruhl**

Moderne Zahnheilkunde  
unterhalb der Felsburg

Liebe Patientin, lieber Patient!

Neben Angaben zu Ihrer Person benötigen wir auch Auskunft über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, da Krankheiten aller Art **erhebliche Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben können**. Bitte füllen Sie deshalb zu Ihrer Sicherheit diesen Erhebungsbogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. **Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht**. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

## Angaben zur Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz, Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Organisation

Wir bieten Ihnen den **Service** einer Praxis, die nach dem **Bestellsystem** geführt wird. Dies bedeutet, dass wir uns alle intensiv um geringe Wartezeiten für Sie bemühen. Das bedeutet aber auch, dass wir Sie bitten müssen, einen vereinbarten Termin **spätestens 24 Stunden vorher abzusagen**, damit wir die Chance erhalten, Termine anderen Patientinnen / Patienten anzubieten. Nur so können lange Wartezeiten vermieden werden.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung Bekannte  Telefon- / Branchenbuch  Zeitungsanzeige

Internet  Sonstige \_\_\_\_\_

## Warum suchen Sie uns auf? Sie wünschen eine/n

Schmerzbehandlung  Routinekontrolle  Beratung  neuen Zahnersatz  „zweite“ Meinung

Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**

Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!

ja nein

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

4. Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

5. Haben Sie eine

- Penicillinallergie?  ja  nein
- Jodallergie?  ja  nein
- Latexallergie?  ja  nein

6. Herzerkrankung?  ja  nein

- Angeborener / erworbener Herzfehler?  ja  nein
- Herzklappenersatz?  ja  nein
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?  ja  nein
- Stents?  ja  nein
- Herzschrittmacher / Defibrillator?  ja  nein
- Sonstige  ja  nein

---

---

---

7. Leiden, litten Sie an bzw. haben, hatten Sie

ja nein

• Verletzungen im Gesichtsbereich?  ja  nein  
Wenn ja, wo?

- Nachblutung nach Zahntfernung?  ja  nein
  - Infektionskrankheiten?  ja  nein
  - Lebererkrankungen?  ja  nein
  - Implantate, Transplantate (z.B. Hüfte, Knie, Niere)?  ja  nein
- Wenn ja, wo?

- zu hohen Blutdruck?  ja  nein
  - grünen Star?  ja  nein
  - Schlaganfall?  ja  nein
  - Nierenerkrankungen?  ja  nein
  - Diabetes?  ja  nein  
⇒ HbA1c-Wert \_\_\_\_\_
  - Schilddrüsenüberfunktion?  ja  nein
  - Rheumatismus?  ja  nein
  - Asthma / Lungenerkrankungen?  ja  nein
  - Blutkrankheiten / Gerinnungsstörungen?  ja  nein
  - Nervenerkrankungen?  ja  nein
  - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?  ja  nein
  - Tumorerkrankung?  ja  nein
  - Strahlen- / Chemotherapie?  ja  nein
  - Bestrahlung im Kopf- / Halsbereich?  ja  nein
  - Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein
- Wenn ja, welche?

• Sonstige Erkrankungen?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

8. Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, Anzahl \_\_\_\_\_ Zig./Tag

9. Für unsere Patientinnen  
Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Datum, Ort

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter