



ANAMNESEBOGEN - ÄRZTLICHE FRAGEN

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Martina Ohm-Poch, Dr. Andreas Ohm & Dr. Nicola Trausch

Tel: 0911 - 60 36 60 e-mail: info@dr-ohm.de Internet: www.dr-ohm.de Fax: 0911 - 600 18 21

Herz- und Kreislauferkrankungen

- Hatten Sie einen Herzinfarkt? Nein Ja _____
wann
- Leiden Sie an einer Herzklappenerkrankung? Nein Ja _____
seit wann
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Nein Ja _____
seit wann
- Leiden Sie unter Bluthochdruck oder niedrigem Blutdruck? Nein Ja _____
letzte Werte

Infektionskrankheiten

- Leiden/litten Sie an Tuberkulose, Hepatitis oder HIV(Aids) ? Nein Ja _____
seit wann

Allergien und Unverträglichkeiten

- Auf Schmerzmittel? Nein Ja _____
welche
- Auf Lokalanästhetika ("Spritzen")? Nein Ja _____
welche
- Auf Antibiotika? Nein Ja _____
welche
- Sonstige Allergien oder Unverträglichkeiten? Nein Ja _____
welche

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen? Nein Ja _____
welche
- Nierenerkrankungen oder Dialyse? Nein Ja _____
seit wann
- Diabetes? Nein Ja _____
seit wann
- Schilddrüsenerkrankungen? Nein Ja _____
seit wann
- Asthma oder Lungenerkrankungen? Nein Ja _____
welche
- Epilepsie? Nein Ja _____
seit wann
- Andere Erkrankungen? Nein Ja _____
welche

Schwangerschaft

- Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja _____
welche Woche

Medikamenteneinnahme

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja _____
welche

Weierhof, den _____

Unterschrift _____



ANAMNESEBOGEN

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Martina Ohm-Poch, Dr. Andreas Ohm & Dr. Nicola Trausch

Tel: 0911 - 60 36 60 e-mail: info@dr-ohm.de Internet: www.dr-ohm.de Fax: 0911 - 600 18 21

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus!

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich, tagsüber)

E-Mail

Beruf

- Gesetzlich versichert
- Zusatzversicherung
- Beihilfeberechtigt
- Privat versichert
- Privat versichert - Standardtarif
- Privat versichert - Basistarif

Name der Krankenkasse/ Versicherung

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum, Adresse

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger (nötig für unter 18jährige Patienten):

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Bitte teilen Sie uns Namen und Anschrift Ihres behandelnden Arztes/Hausarztes mit:

Name, Adresse, Telefon

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihren nächsten Untersuchungstermin (Recall)?

- Ja
- Nein

Welche besonderen Anforderungen stellen Sie an die Behandlung?

Bitte wenden!