

Anamnesebogen



**ZAHNÄRZTIN
ANDREA JÄHNIG**

Name, Vorname: geb. am

Anschrift:

E-Mail:

Telefon privat:

dienstlich:

Name des Hausarztes:

Anschrift:

Telefon:

Zahnärztin Andrea Jähmig
Weingartenstraße 14
77654 Offenburg

Telefon: 0781-37457
E-Mail: info@zahnarztpraxis-jaehmig.de
Internet: www.zahnaerztin-jaehmig.de

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

- Hoher Blutdruck ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzklappenfehler ja nein
- Herzklappenersatz ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditis ja nein
- Herzoperation ja nein

- Hochgradige Neutropenie ja nein
- Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
- Organtransplantiert ja nein
- Stammzellentransplantiert ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
- Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA) ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

- Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
- Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Anfallsleiden (Epilepsie)

- Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
- Drogenabhängigkeit ja nein
- Nervenerkrankung ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Ohnmachtsanfälle ja nein
- Osteoporoseerkrankung ja nein
- Raucher ja nein
- Rheuma/Arthritis ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Sonstige Erkrankungen: ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
- Antibiotika ja nein
- Schmerzmittel ja nein
- Metalle: nein

- Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
- Wenn ja, wann?.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit

- Nehmen Sie Bisphosphonate? ja nein seit
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva? ja nein seit
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein Datum:

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

....., den

Unterschrift: