



# ZAHNÄRZTE · FINCK

## IN DER BÖRDE

### Anamnese\*

#### Liebe Patientin, Lieber Patient!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Herr, Frau, Kind)

• Asthma (schwere Atemnot)  ja  nein

• Allergische Reaktionen (wie Heuschnupfen)  ja  nein

• Unverträglichkeit von Medikamenten.  ja  nein

• Blutdruck. ggf. Werte?  niedrig  
 normal  
 hoch

• Herzinfarkt  ja  nein

Schlaganfall  ja  nein

Lähmungen  ja  nein

Herzerkrankung  ja  nein

• Ist eine Endokarditisprophylaxe nötig  ja  nein

• Gelbsucht  ja  nein

Hepatitis (oder andere Leberkrankheiten)  ja  nein

HIV-Infektion  ja  nein

• Zuckerkrankheit  ja  nein

• Rheuma  ja  nein

• Bluterkrankungen  ja  nein

Blutgerinnungsstörungen

• Kreislauferkrankung  ja  nein

• Nierenerkrankung  ja  nein

• Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

• Epilepsie  ja  nein

• Osteoporose  ja  nein

• Erkrankung des Magen - Darm- Traktes  ja  nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  ja  nein

4. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

5. Nehmen Sie z.Zt. oder regelmäßig Medikamente ein? Welche?  ja  nein

6. Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein

7. Besteht eine Schwangerschaft? In der wievielten Woche sind Sie?  ja  nein

8. Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen?  ja  nein

9. Möchten Sie eine professionelle Zahnreinigung?  ja  nein

10. Knirschen Sie mit den Zähnen?  ja  nein

11. Rauchen Sie?  ja  nein

12. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

13. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

14. Fragen / Anmerkungen:

(Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen)

#### Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
- Es gilt deutsches Recht.