ZAHNWERK
Auerbach / V.

ANAMNESEBOGEN (Stand: 02/2023)

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: **Geburtsort:** **Geschlecht: m ☐ / w ☐ / d ☐**

Straße; HausNr.: **PLZ; Ort:**

Telefonnummer: **Hausarzt:**

Versicherung: ☐ privat / ☐ gesetzlich **Zusatzversicherung: ja ☐ / nein ☐**

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

Herz- / Kreislauferkrankungen

ja / nein
☐ / ☐ Angina pectoris / Herzinfarkt (wann?)
☐ / ☐ Hoher Blutdruck
☐ / ☐ Niedriger Blutdruck
☐ / ☐ Herzklappenerkrankung /- defekt
☐ / ☐ Endokarditis
☐ / ☐ Endokarditisprophylaxe notwendig

Blut- / Gefäßerkrankungen

☐ / ☐ Schlaganfall
☐ / ☐ Thrombose
☐ / ☐ Durchblutungsstörungen
☐ / ☐ Gerinnungsstörung
☐ / ☐ Nachblutung bei Operationen
☐ / ☐ Häufig blaue Flecken/Nasenbluten
☐ / ☐ Gerinnungshemmende Medikamente:
- ☐ Falithrom/Marcumar
- ☐ Eliquis, Xarelto, Lixiana
- ☐ Aspirin /ASS

Niere

☐ / ☐ Nierenentzündung
☐ / ☐ Dialyse

Stoffwechsel

☐ / ☐ Diabetes (Typ:)
☐ / ☐ Erkrankungen der Schilddrüse

Lebererkrankungen

ja / nein
☐ / ☐ Hepatitis
☐ / ☐ Leberzirrhose

Allergien

☐ / ☐ wenn ja, welche?
☐ / ☐ Allergiepass vorhanden?

Immunschwäche

☐ / ☐ HIV/Aids
☐ / ☐ Chemotherapie
☐ / ☐ Bestrahlung (wo?:)
☐ / ☐ Organtransplantation

Sonstige Erkrankungen

☐ / ☐ Grüner Star (Glaukom)
☐ / ☐ Tuberkulose
☐ / ☐ Epilepsie
☐ / ☐ Depressionen/Angstzustände
☐ / ☐ Syndrome/Fehlbildungen
☐ / ☐ Sonstige:

Medikamente (Bsp.: Bisphosphonate, Antibiotika, Rheumamedikamente, Herzmedikamente etc.)**:**

weitere Angaben

Frühere Operationen:
Schwangerschaft *ja ☐/ nein ☐*
Rauchen Sie? *ja ☐/ nein ☐*

Alkoholkonsum *ja ☐/ nein ☐/ gelegentlich ☐*
Drogenkonsum *ja ☐/ nein ☐*

zahnärztliche Anamnese

häufiges Zahnfleischbluten? *ja ☐/ nein ☐*
Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? (mal/Tag)
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Ort ***Datum***

Unterschrift: