



Zahnärztin
Lisa Maniewski

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitte wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie gerne nachfragen. Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich an Ihrer Anamnese etwas ändern sollte!

Vielen Dank, Ihr Praxisteam

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Versicherung _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Name des Hausarztes _____

Anschrift des Hausarztes _____

Erinnerung an den jährlichen Kontrolltermin bitte per E-Mail Anruf Brief Kein Bedarf

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?		Ja	Nein	Ergänzende Angaben
1	Allergien (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Atemwegserkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Blutgerinnungsstörung (Medikamente?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Diabetes (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.2 Koronare Herzkrankheit/Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.6 Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.7 Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.8 Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8.9 Mangeldurchblutung des Gehirns/Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9.2 HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.1 Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.2 Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Nehmen Sie Medikamente? (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte beachten Sie: Durch eine örtliche Betäubung bei der zahnärztlichen Behandlung kann es zur Beeinträchtigung von Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. In dieser Zeit kann Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.

Datum

Unterschrift