

## ANAMNESEBOGEN

### PATIENTENINFORMATIONEN

Geschlecht:  M  W

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Geburtsort
Telefon (privat)	Telefon (tagsüber)	
E-Mail Adresse	Beruf	
Name der Versicherung / Krankenkasse	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, welche? (Name)	

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

Nachname (Zahlungspflichtiger)	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	

**Wie wurden Sie auf die Praxis Dr. Lohmann aufmerksam?**

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Internet

Telefonbuch

**Mein Hauptanliegen ist:**

Beratung / 2.Meinung

Kontrolluntersuchung

Anderes \_\_\_\_\_

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:**

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack?

Haben Sie häufig Kopfschmerzen?

Haben Sie häufig Nackenschmerzen?

Haben Sie Zahnschmerzen?

Leiden Sie unter empfindlichen Zahnhälsen?

Sonstiges:

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über:**

Implantate

Prophylaxe

Parodontose

Kunststoff-Füllungen

Keramik-Füllungen

Amalgamentfernung

Hochwertigen Zahnersatz

Spezielle Wurzelbehandlung

### ALLGEMEINE ANGABEN

Zigarettenkonsum  Ja  Nein

Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein

Frühere Röntgenuntersuchung  Ja  Nein

Schwangerschaft  Ja  Nein

Wenn Ja:  0-10 pro Tag  über 10 pro Tag

Wenn Ja, seit wann & welche? \_\_\_\_\_

Wenn Ja, wann & welche Körperteile?  
 -----

Wenn Ja, welcher Monat?  
 -----

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen, wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit genommen?  Ja  Nein

# PATIENTENFRAGEBOGEN

## HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)  Ja  Nein  
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  Ja  Nein  
Herzklappenerkrankung / -defekt  Ja  Nein  
Herzerkrankung  Ja  Nein  
Herzschrittmacher  Ja  Nein  
Endokarditis-Prophylaxe  Ja  Nein

## MEDIKAMENTE

---

---

---

---

---

## INFektionserkrankungen

- HIV  Ja  Nein  
Hepatitis A, B oder C  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Andere  Ja  Nein

## MEDIKAMENTE

---

---

---

---

## ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

- Lokalanästhetika  Ja  Nein  
Schmerzmittel  Ja  Nein  
Antibiotika  Ja  Nein  
Andere  Ja  Nein

## MEDIKAMENTE

---

---

---

---

## WEITERE ERKRANKUNGEN

- Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein  
Asthma  Ja  Nein  
Lungenerkrankungen  Ja  Nein  
Rheuma  Ja  Nein  
Epilepsie  Ja  Nein  
Diabetes  Ja  Nein  
Nierenfunktionsstörungen  Ja  Nein  
Osteoporose  Ja  Nein  
sonstige Medikamente

## MEDIKAMENTE

---

---

---

---

---

---

## WICHTIGE INFORMATIONEN

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

X

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger Erziehungsberechtigter