

# ANAMNESEBOGEN

**Dr. K. Tilo Bartels - Zahnarzt, Oralchirurg**  
**Theatinerstr. 47 - 80333 München - Fon 089 / 2 99 99 1**

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte nehmen Sie sich Zeit diesen Fragebogen, er umfasst **zwei Seiten**, in Ruhe auszufüllen.

Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist für Ihre Behandlung von entscheidender Bedeutung. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der Sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen an den nachfolgend von Ihnen gemachten Angaben ergeben, bitten wir Sie, uns diese umgehend mitzuteilen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Dr. med. dent. Tilo Bartels

## Patient

Name Vorname Geburtsdatum

## Mitglied

Name Vorname Geburtsdatum

## Anschrift

### Patient

Straße ständiger Wohnort e-mail

### Anschrift

### Mitglied

Straße ständiger Wohnort e-mail

### Anschrift

### beruflich

Arbeitgeber Anschrift e-mail

## Telefon

Privat beruflich / tagsüber

## Beruf

## Krankenkasse

### o.Versicherung

pflichtversichertes Mitglied  
private Zusatzversicherung  
private Krankenversicherung

freiwillig versichertes Mitglied  
Beihilfe

Wer hat Sie zu uns empfohlen o. überwiesen?

Name u. Anschrift o. Telefonnummer Ihres **Hausarztes / Internisten:**

Bei welchen **anderen Ärzten oder Therapeuten** sind Sie zur Zeit oder regelmäßig in Behandlung, und ggf. wegen welcher Erkrankung?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Auf welche Medikamente oder andere Stoffe **reagieren Sie allergisch?**

**bitte wenden >**

Stand 27.08.2010

# ANAMNESEBOGEN

Besitzen Sie einen <b>Allergiepass</b> ?	ja / nein
Leiden Sie an <b>Asthma</b> ?	ja / nein
Sind bei zahnärztlichen o. chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen <b>länger andauernde Blutungen</b> aufgetreten?	ja / nein
Nehmen Sie <b>gerinnungshemmende Mittel</b> (z.B. Marcumar, Aspirin)?	ja / nein
Trinken Sie regelmäßig mehr als drei Bier oder zwei Glas Wein / Tag?	ja / nein
Rauchen Sie?	wenig / stark / nein
Nehmen Sie Drogen?	ja / nein
Wurde jemals eine <b>Herzerkrankung</b> festgestellt?	ja / nein
Haben Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> oder einen <b>Herzklappenersatz</b> ?	ja / nein
Leiden Sie unter <b>Bluthochdruck</b> ?	ja / nein
Bestand bei Ihnen jemals der Verdacht auf einen <b>Herzinfarkt</b> ?	ja / nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	ja / nein
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	ja / nein
Hatten Sie schon mal einen Tinnitus(Ohrgeräusche)?	ja / nein
Hatten Sie jemals einen <b>epileptiformen Anfall</b> (Krampfanfall)?	ja / nein
Haben Sie <b>Diabetes</b> (Zuckerkrankheit)?	ja / nein
Haben Sie eine <b>Schilddrüsenerkrankung</b> ?	ja / nein
Haben Sie eine Augenerkrankung (z.B. <b>Engwinkelglaukom</b> )?	ja / nein
Leiden Sie unter <b>Magen - Darmerkrankungen</b> ?	ja / nein
Hatten Sie jemals eine <b>Lebererkrankung</b> (Gelbsucht, Hepatitis)?	ja / nein
Hatten Sie schon einmal eine <b>Nierenerkrankung</b> ?	ja / nein
Hatten Sie jemals <b>Tuberkulose</b> oder eine <b>Geschlechtskrankheit</b> ?	ja / nein
Besteht die Möglichkeit, dass Sie <b>HIV positiv</b> sind?	ja / nein
Wurden Sie jemals an den <b>Nasennebenhöhlen</b> (z.B. Kieferhöhle) operiert?	ja / nein
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. <b>Halswirbelsäule</b> )?	ja / nein
Sind Sie im Kopfbereich jemals verletzt / operiert worden?	ja / nein
Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	ja / nein
<b>Sonstige Erkrankungen?</b>	ja / nein
wenn ja, welche?	
Wurde in den letzten zwölf Monaten eine Röntgenaufnahme angefertigt?	ja / nein
wenn ja, welcher Körperbereich?	
Besteht eine <b>Schwangerschaft</b> o. der Verdacht auf eine Schwangerschaft?	ja / nein
<b>Sonstige</b> für Ihre Behandlung relevante <b>Angaben:</b>	

**Bitte berücksichtigen Sie folgenden Hinweis!** Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mindestens drei Stunden lang kein Kraftfahrzeug führen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Verwendung durch die Praxis Dr. Bartels gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf eine Fotodokumentation von meinen Zähnen erstellt und verwendet wird.

Ich bin mit dem Praxis-Recall-System (Erinnerung an notwendige Prophylaxe / Dentalhygiene / Untersuchung / Behandlung / Termine) per Post, eMail, SMS und Telefon einverstanden.

München, den .....

Unterschrift.....