

# Anamnesebogen



Dr. Thomas Nicolai & Kollegen  
Praxis für moderne Zahnheilkunde und Prophylaxe

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Name: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Versicherung: gesetzlich  / privat   
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse/-versicherung: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Versicherter/Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_  
Telefon privat: \_\_\_\_\_  
Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja  Nein

Im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Hatten/haben Sie folgende Krankheiten (bitte ankreuzen):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C         | <input type="checkbox"/> grüner/grauer Star     |
| <input type="checkbox"/> Asthma        | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten         | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen     |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> Epilepsie               | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung     |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Angina pectoris         |   |

- 
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Endokarditis/Herzmuskelentzündung                            |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz         | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck |

Nehmen Sie **gerinnungshemmende/blutverdünnende Medikamente** ein? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja  Nein

Leiden/Litten Sie an **Tumorerkrankungen/Krebs** (Bestrahlung/Chemotherapie): Ja  Nein

Nehmen/nahmen Sie **Bisphosphonate** ein (bei Tumorerkrankungen, Osteoporose)? Ja  Nein

Bestehen **Allergien**? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja  Nein  Ggf. welcher Monat? \_\_\_\_\_

Bestehen **Suchtkrankheiten**? Ja  Nein

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Medikamentenplan? Ja  Nein

**Sonstige Angaben/andere Krankheiten:** \_\_\_\_\_

Teilnahme am halbjährlichen Recall-System (Terminerinnerung) erwünscht: Ja  Nein  Das Formular erhalten Sie an der Anmeldung.

Empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der Behandlung sowie für die Dokumentation verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich bestätige, vorgestellte Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Lübeck, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_