

Gemeinschaftspraxis Dr. Hoppe und Partner: Patientenanamnese

Um Sie bestmöglich medizinisch versorgen zu können, bitten wir Sie um kurze Auskunft. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht unseres gesamten zahnärztlichen Teams. Vielen Dank!

Patientenname: _____ **geb:** _____

Anschrift: _____

Tel. (tagsüber erreichbar): _____ **E-Mail:** _____

Versicherter: _____ **Tel. Versicherter:** _____

Anschrift Versicherter: _____

Krankenkasse: _____ ☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert

☐ **Zahnzusatzversicherung** ☐ privat versichert- im Basistarif (Nachweis nötig)

Hausarzt (mit Tel.Nr): _____ **Arbeitgeber:** _____

Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ Nein ☐ Ja, Stufe: _____ (Nachweis nötig)

Bitte kreuzen Sie nun im Folgenden an, welche Erkrankungen zutreffen:

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, meinen Zahnarzt über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen, ohne gesonderte Aufforderungen zu informieren.

1. Herz- Kreislauferkrankungen und Gefäße:

- ☐ Herzfehler ☐ **Herzklappenersatz** ☐ Herzschrittmacher
☐ **Endokarditis** ☐ Angina pectoris ☐ hoher Blutdruck ☐ niedriger Blutdruck
☐ Schlaganfall ☐ Thrombose ☐ Lungenembolie ☐ Herzpass

2. Blut:

- ☐ **Gerinnungsstörung** ☐ Nachblutung nach OP/ Zahnextraktion
☐ häufig blaue Flecken/ Nasenbluten
☐ **Gerinnungshemmende Medikamente:** ☐ Marcumar
☐ Plavix/ Isocover/ Clopidogrel
☐ Eliquis, Xarelto
☐ Aspirin/ ASS 100
☐ Sonstige: _____

3. Allergien:

- ☐ **Betäubungsspritzen** ☐ **Antibiotika** ☐ **Jod** ☐ **Latex** ☐ Schmerzmittel ☐ Pflaster
☐ Metalle ☐ Nahrungsmittel ☐ sonstige: _____ ☐ Allergiepass

4. Stoffwechsel:

- ☐ **Diabetes mellitus** ☐ **Schilddrüsenerkrankung/ -entfernung**

5. Nieren oder Leber:

- ☐ **Hepatitis A/ B/ C** ☐ Dialyse ☐ **Nierenentfernung** ☐ Leberzirrhose

6. Atemwege:

- ☐ **Asthma** ☐ chronische Bronchitis/ COPD ☐ **Tuberkulose**
☐ eingeschränkte Nasenatmung

Siehe Rückseite

7. Auge:

☐ **grüner Star (Glaukom, erhöhter Augeninnendruck)**

8. Knochen:

☐ **Osteoporose**, werden/ wurden Sie medikamentös mit Tabletten oder Injektionen behandelt? ☐ ja, welche _____ ☐ nein

☐ **künstliche Gelenke**, welches _____, seit _____ ☐ Pass

9. Immunschwäche:

☐ Cortisoneinnahme ☐ Organ-/ Stammzelltransplantation erfolgt/ geplant ☐ HIV.

☐ **Bestrahlung im Kopf- Hals- Bereich** ☐ Mukoviszidose ☐ Hochgradige

Neutropenie ☐ Chemotherapie, wann: _____

10. Nervensystem:

☐ **Epilepsie** ☐ Depression/ Angstzustände ☐ Entwicklungsverzögerung/- störungen

☐ Sonstige: _____

11. Weitere Erkrankungen und Angaben:

☐ Magen- Darm- Erkrankung, welche _____ ☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Multiresistente Keime (MRSA) ☐ Anorexia nervosa ☐ Bulimie

☐ **Tumor/ Krebserkrankung**, welche _____

☐ **Schwangerschaft**, Stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungen

☐ **Rauchen**

☐ Sonstige: _____

12. Medikamente: (Bitte reichen Sie ggf. einen Medikamentenplan ein)

☐ Blutdruckmedikamente ☐ Herzmedikamente ☐ Schmerzmittel ☐ Rheumamittel

☐ Psychopharmaka ☐ Antidiabetika ☐ **Blutgerinnungsmittel**

☐ Schilddrüsenmedikamente ☐ Chemotherapie

☐ **Bisphosphonate oder Denosumab** als Injektion oder in Tablettenform, aktuell oder in den vergangenen Jahren (z.B. als Krebstherapie, oder bei Osteoporose), z.B.: Actonel, Fosamax, Panidronat, Bonvia, Zometa

Medikamentenliste (bitte Plan einreichen): _____

Haben Sie einen rechtlichen Betreuer? ☐ Nein ☐ Ja In diesem Fall sind Anamnesebogen, sowie ggf. der Medikamentenplan, vom Betreuer unterschrieben, vor der Behandlung vorzulegen. Zusätzlich sind Einverständniserklärungen über medizinische Eingriffe sowie Kosten nötig.

Bitte beachten Sie, dass durch eine Injektion/ Betäubung die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt wird.

Bei Terminänderungen/ -absagen geben Sie bitte 24- Stunden vorher Bescheid, da ansonsten eine Aufwandsentschädigung von (mind. 60€ /Std.) erhoben wird. Ich bin damit einverstanden, dass ich bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen in finanzielle Vorleistung treten muss.

Dürfen wir Sie im Rahmen unseres unverbindlichen Recalls kontaktieren? ☐ Ja ☐ Nein

Rehburg- Locom, den _____ Unterschrift Patient/ Gesetzlicher Vertreter: _____

