

Anamnesebogen (Gesundheitsfragebogen)

Dr. Mieth

Wiltbergstr. 28 * 13125 Berlin

Tel. 030 949 21 73 * Fax. 030 94 79 51 15

www.zahnarzt-miethe.de * info@zahnarzt-miethe.de

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsort: _____

Email: _____

Sehr geehrte/r Patient/in, bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß aus.

Ja (nur Zutreffendes ankreuzen)

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?

Wurden Sie von einem Kollegen überwiesen?

Behandelnder **Allgemein**arzt: _____

Wünschen Sie eine Implantatberatung?

Letzter Zahnarztbesuch: _____

Wünschen Sie festsitzenden Zahnersatz?

Wegen welcher Krankheit/en werden oder wurden Sie behandelt?:

Herzerkrankungen:

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- künstliche Herzklappe

Allergien:

- Ekzeme
- Antibiotika/Penicillin-Überempfindlichkeit
- Asthma
- Jod-Allergie
- Latex-Allergie
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Überempfindlichkeit gegen: _____

Kreislaufkrankungen:

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Zustand nach Herzinfarkt
- Thrombosen
- Schlaganfall
- Ohnmachtsanfälle

Infektionskrankheiten:

- Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C):
- Tuberkulose
- chronische Erkrankungen der Atemwege- Husten o.ä.
- HIV

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

Immunsystem:

- Erkrankungen des Immunsystems
- Chemotherapie
wann? _____
- Bestrahlung
wann? _____
- Blutkrebs

Erkrankungen des Nervensystems:

- epileptiforme Anfälle/Krämpfe
- Depressionen

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?:

Einnahme gerinnungshemmender Medikamente:

z.B. Aspirin/ASS Marcumar/Phenprocoumon

Plavix/Iscover/Clopidogrel Ticlopidin

Wurden Sie oder werden Sie zur Zeit mit

Bisphosphonaten behandelt?

Aufgrund welcher Erkrankung?:-----

Allgemeine Fragen

Trinken Sie regelmäßig **Alkohol**?

Wieviel?: -----

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Rauchen Sie?:

Wieviele Zigaretten pro Tag?: -----

Ich bin Mitglied meiner gesetzlichen Krankenkasse

Ich bin mitversichert bei folgendem Familienmitglied:

Name ----- Geb.Datum-----

Augen:

Grüner Star (Glaukom)

Grauer Star (Katarakt)

Bluterkrankungen:

Blutungsneigungen

Blutarmut (Anämie)

Parodontose:

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine **Parodontose-**

Behandlung durchgeführt?

ja

Wann?-----

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?:-----

Schwangerschaft/Stillzeit:

Sind Sie schwanger?

Welcher Monat?:-----

Stillen Sie?

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Leistungen welche im Zusammenhang mit Implantaten erfolgen (auch Beratungen, Erstellung von Kostenvoranschlägen, sowie Röntgenbilder) nicht durch den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abgedeckt werden. Sie werden über die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung gestellt.

Bei Fragen dazu sprechen Sie uns gerne an.

Mit meiner **Unterschrift** versichere ich, meine Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben:

Berlin, den -----

- Unterschrift -