

## Aktualisierung Ihrer Anamnese

Name .....

Vorname .....

Straße .....

Telefon .....

PLZ / Ort .....

Email .....

### Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie unseren Fragebogen zur Aktualisierung auszufüllen.

1. Sind Sie am Herz- Kreislaufsystem erkrankt?

- Bluthochdruck  ja  nein
- Angina Pectoris  ja  nein
- Herzinfarkt  ja  nein
- Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)  ja  nein
- Herzoperationen  ja  nein

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?  ja  nein

3. Sind Sie Diabetiker?  ja  nein

4. Leiden oder litten Sie je an

- Nierenerkrankungen  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Lungenerkrankungen, Asthma  ja  nein
- Epilepsie  ja  nein
- Rheumatischen Erkrankungen?  ja  nein

5. Haben Sie eine Bluterkrankung, z.B. Gerinnungsstörung?  ja  nein

6. Leiden oder litten Sie an einer Infektionskrankheit wie

- Hepatitis  ja  nein  welche? \_\_\_\_\_
- Tuberkulose?  ja  nein

7. Haben Sie eine Immunschwäche? (HIV+)  ja  nein

Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt oder nehmen sie Bisphosphonate?

ja  nein

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

9. Sind bei Ihnen Unverträglichkeitsreaktionen gegen Medikamente oder Metalle festgestellt worden?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

10. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

11. Sind Sie schwanger? Ja / Nein Wenn ja, welcher Woche .....

12. Rauchen Sie? Ja / Nein Wenn ja, wieviel Zigaretten täglich .....

**Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für die professionelle Zahnreinigung und halbjährliche Kontrolluntersuchung in Anspruch nehmen.**

ja  nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um Wartezeiten für Sie nach Möglichkeit zu vermeiden, arbeiten wir ausschließlich nach einem Bestellsystem.  
Aus diesem Grund bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden vorher** bei Bedarf abzusagen, da wir andernfalls ein Ausfallhonorar in Höhe der geplanten Behandlungsleistungen nach § 615 BGB berechnen müssen, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.  
Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Vertrag für die laufende Behandlung nur mit dem behandelnden Zahnarzt zu Stande kommt.

Datum .....

Unterschrift .....