

## Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel.mobil: \_\_\_\_\_ Tel.Arbeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn Ja, welche?**  Ja  Nein

(Antibiotika, Schmerzmittel, Metalle, zahnärztliche Materialien, sonstige) \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen? Wenn Ja, welche?**  Ja  Nein

(Tuberkulose, Hepatitis A/B/C, HIV (aktuelle Viruslast?), sonstige) \_\_\_\_\_

### **Herz- und/oder Kreislauferkrankungen?**

Bluthochdruck \_\_\_\_\_  Ja  Nein

niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Herzschrittmacher \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Herzkrankungen/ -infarkt /-rhythmusstörungen \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Endokarditis (Herzentzündung) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Benötigen Sie eine Antibiotikaphylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?**  Ja  Nein

**Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?**  Ja  Nein

(Blutgerinnungsstörungen, Erkrankungen blutbildender Organe, sonstiges)

### **Weitere Erkrankungen:**

Asthma / Atemwegserkrankungen \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Schilddrüsenenerkrankungen \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankung \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Tumorerkrankungen \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?**  Ja  Nein

**Sind Sie Raucher?**  Ja  Nein

**Ich stimme der Datenschutzerklärung der Praxis Dr. Bartsch zu.**  Ja  Nein

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_