



Dr. med. dent. Christian Limberg  
 Dr. med. dent. Corinna Martensen  
 Dr. med. dent. Cäcilia Bartels

Herzog-Albrecht-Allee 14  
 88361 Altshausen

## Patienten-Anamnesebogen

Patient (Nachname, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Telefon (privat/mobil)	Telefon (geschäftlich)
E-mail	Beruf/ Arbeitgeber
Name der Krankenkasse / Versicherung	<input type="radio"/> Gesetzlich versichert <input type="radio"/> Privat versichert    Normal <input type="radio"/> Privat versichert    Basistarif <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon
-----------------------------------

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen		Weitere Erkrankungen	Bitte ankreuzen	
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>			<b>Blutgerinnungsstörungen</b> Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Ja	Nein	Asthma	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Ja	Nein	Osteoporose	Ja	Nein
Herzklappenerkrankung/ -defekt	Ja	Nein	Epilepsie	Ja	Nein
Herzoperation	Ja	Nein	Diabetes (Blutzucker)	Ja	Nein
Herzschrittmacher	Ja	Nein	Ohnmachtsneigung	Ja	Nein
<b>Infektionserkrankungen</b>			Glaukom (grüner Star)	Ja	Nein
HIV (AIDS)	Ja	Nein	andere	Ja	Nein
Hepatitis (Gelbsucht)	Ja	Nein	<b>Allgemeine Angaben</b>		
Tuberkulose	Ja	Nein	Drogenkonsum	Ja	Nein
andere	Ja	Nein	Raucher	Ja	Nein
<b>Allergien/ Unverträglichkeiten</b>			Schwangerschaft	Ja	Nein
Lokalanästhetika	Ja	Nein	Bisphosphonat-Therapie	Ja	Nein
Schmerzmittel	Ja	Nein	Regelmäßige Medikamente	Ja	Nein
Antibiotika	Ja	Nein	Wenn ja, welche?		
andere	Ja	Nein	Datum der letzten Röntgenuntersuchung		
<b>Zahnmedizinische Anamnese</b>			Was wurde geröntgt?		
Zahnfleischbluten	Ja	Nein			
Parodontose	Ja	Nein			
Frühere Kieferorthopädische-Behandlung	Ja	Nein			

### Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie über alle auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden, sofern kein wichtiger Grund vorliegt ( wie z.B. Krankheit mit ärztlichem Attest).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum	Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter
-------	---