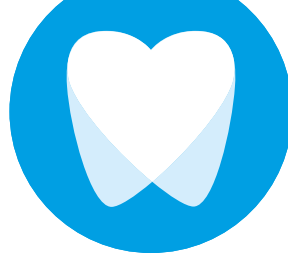


ANAMNESEBOGEN



DR. MED. DENT. MARC TIPPELT
DR. MED. DENT. JULIA DEUTSCH-TIPPELT
UND KOLLEGEN

Name		
Vorname		
geboren am	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
Anschrift		
Telefon	<input type="text"/>	Emailadresse <input type="text"/>
Beruf		
Arbeitgeber		
Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Mitversichert bei	Name, Vorname <input type="text"/>	geboren am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <small>WENN JA: Welche?</small> <input type="text"/>	<small>seit Monat/Jahr</small> <input type="text"/>
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="text"/>	
1		
Hausarzt/Facharzt (Name, Adresse)	<input type="text"/>	
2		
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	<input type="text"/>	
3		
Sind Ihnen Allergien bekannt? (gegen Medikamente, Materialien)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Wenn ja, wogegen? (Allergiepaß)	<input type="text"/>	
4		
Herzerkrankungen	Herzinsuffizienz (Herzschwäche) <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Herzschrittmacher/-klappenersatz <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Angina pectoris <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Sonstiges <input type="text"/>	
5		
Kreislaufkrankungen	Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	Sonstiges <input type="text"/>	
6		

Nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Marcumar
ASS 100

Xarelto
Pradaxa

Plavix
Lixiana

Sonstige

7

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit) JA NEIN

Magen-/Darmerkrankung JA NEIN

Schilddrüse JA NEIN

Nierenerkrankungen JA NEIN

Osteoporose JA NEIN

Nehmen sie Medikamente gegen
Osteoporose ein? JA NEIN

WENN
JA: Welche?

8

Erkrankungen des Nervensystems
oder psychische Erkrankungen?

JA NEIN

WENN
JA: Welche?

9

(z.B. Epilepsie, Depression)

Angeborene Bluterkrankungen

Hämophilie (Blutungsneigung) JA NEIN

Blutarmut JA NEIN

Sonstiges

10

Infektionskrankheiten

HIV/AIDS JA NEIN

Hepatitis (Gelbsucht) JA NEIN

WENN
JA: Welche? A B C

Tuberkulose JA NEIN

Erkrankungen der Atemwege JA NEIN

Sonstiges

11

Haben Sie häufig
Kopf- und Gesichtsschmerzen? JA NEIN

Beschwerden im Kiefergelenk? JA NEIN

12

Sind Sie drogen- oder
alkoholabhängig? JA NEIN

13

Sind Sie Raucher? JA NEIN

WENN
JA: Wieviele Zigaretten/Tag?

14

Sind Sie schwanger? JA NEIN

WENN
JA: Welcher Monat?

15

Sind Sie damit einverstanden, dass bei Bedarf Fotoaufnahmen von Ihrem
Gebiss gemacht werden, um die Behandlung zu dokumentieren? JA NEIN

16

Praxis mit Bestellsystem: Bitte sagen Sie Ihren Termin **mind. 24h vorher ab**, sollten Sie
verhindert sein. Ansonsten entsteht eine Ausfallgebühr von **35 Euro pro halber Stunde**.

Datum

Unterschrift



Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes immer unverzüglich mit!

