



Anamnesebogen

Damit wir Sie sicher behandeln können, brauchen wir ein paar Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte füllen Sie den Bogen in Ruhe zu Hause aus und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

NAME, VORNAME		GEBURTSDATUM
STRASSE UND HAUSNUMMER		PLZ, ORT
TELEFON / MOBIL	E-MAIL	
KRANKENKASSE	GESETZLICH / PRIVAT	
HAUS- ODER ZAHNARZT	ÜBERWEISUNG VON	

Warum kommen Sie zu uns?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte unten auflisten. ja ☐ nein ☐

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein (z. B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Plavix)? ja ☐ nein ☐

Nehmen oder erhielten Sie Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate, Prolia, Denosumab)? ja ☐ nein ☐

Nehmen Sie Kortison ein? ja ☐ nein ☐

Welche Medikamente, in welcher Dosierung:

Allergien und Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja ☐ nein ☐

☐ Penicillin / Antibiotika

☐ Örtliche Betäubung

☐ Latex

☐ Jod

☐ Pflaster

☐ Metalle

Weitere Allergien:

Bestehende oder frühere Erkrankungen

Bitte ankreuzen, was auf Sie zutrifft:

- | | |
|---|---|
| ☐ Herz- oder Kreislauferkrankung | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Herzklappenersatz / Endokarditis | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Herzinfarkt / Schlaganfall | ☐ Asthma oder Lungenerkrankung |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Epilepsie | ☐ Rheuma / Gelenkerkrankung |
| ☐ Osteoporose | ☐ Lebererkrankung / Hepatitis |
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Blutgerinnungsstörung |
| ☐ Tumorerkrankung | ☐ Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich |
| ☐ Chemotherapie | ☐ Infektionskrankheit |
| ☐ Magen- oder Darmerkrankung | ☐ Psychische Erkrankung |

Weitere Erkrankungen oder Ergänzungen:

Operationen und Narkosen

Wurden Sie schon einmal operiert? ja ☐ nein ☐

Gab es dabei Probleme mit der Narkose oder der Wundheilung? ja ☐ nein ☐

Kam es bei zahnärztlichen Behandlungen zu Kreislaufproblemen oder Ohnmacht? ja ☐ nein ☐

Bluten Wunden bei Ihnen ungewöhnlich lange nach? ja ☐ nein ☐

Erläuterungen:

Weitere Angaben

Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ja ☐ nein ☐

GRÖSSE

GEWICHT

LETZTE ZAHNREINIGUNG

Datenschutz. Ihre Angaben verarbeiten wir ausschließlich für Ihre Behandlung und die Abrechnung. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nach den gesetzlichen Fristen aufbewahrt. Näheres finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.mkg-bielefeld.de.

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet und werde Änderungen meines Gesundheitszustandes unaufgefordert mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Kindern: Erziehungsberechtigte:r)