

Anmelde- und Anamnesebogen Zahnarztpraxis Joachim Teßmar

Patient

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.: oder (Handy/Arbeit)

Krankenkasse: Beruf:

Versicherter siehe oben oder

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Ort:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung **bitte** Zutreffendes ankreuzen :

Stehen Sie derzeit in **ärztlicher Behandlung** ? ja nein

-> wenn ja, bei welchem **Arzt**:

A) **Leiden Sie an:**

1) Erkrankungen des Herz-/ Kreislaufsystems ja nein

2) Bluthochdruck ja nein

3) niedrigem Blutdruck ja nein

4) inneren Krankheiten (Diabetes, Magen-Darmerkrankungen, usw).... ja nein

5) Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, Hepatitis, Aids, usw)..... ja nein

6) Blutungsneigung/Gerinnungsstörung ja nein

7) Neigung zu blauen Flecken ja nein

8) Arzneimittelüberempfindlichkeit gegen

a) Penicillin ja nein

b) sonstige Medikamente, welche ja nein

9) Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein ja nein

wenn ja, welche:

10) Bestehen irgendwelche Allergien : ja nein

11) sonstige Krankheiten : (welche?)..... ja nein

B) (**bei Frauen**) besteht eine Schwangerschaft? in welchem Monat?..... ja nein

C) wünschen sie beim Bohren eine örtliche **Betäubung/Spritze**: ja nein bei Bedarf

Angaben unterliegen der Schweigepflicht, Erhebung der Daten erfolgt nach Art. 9 Absatz 2 h DSGVO

Datum: Unterschrift: