

# Anamnesebogen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Ihnen vorliegende Fragebogen soll uns dabei helfen uns und unsere Behandlung bestmöglich auf Sie einzustellen. Erfasst werden grundlegende Fakten und Hinweise auf Erkrankungen und Medikamentenunverträglichkeiten, die wir bei der Planung berücksichtigen müssen. Wir möchten so zusätzliche Zeit für Sie gewinnen und bitten Sie daher, alle Fragen sorgfältig zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_

Tel. Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber, Ort \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sind Sie beihilferechtigt?  Ja  Nein

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?  Ja  Nein

### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

### Möchten Sie an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden?

Wenn ja, wie?  per Telefon  per Post  per Email

### Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Artur-Ladebeck Str. 51  
33617 Bielefeld

Tel.: 0521-522 006 91

Fax: 0521-522 006 92

[www.dr-blum.com](http://www.dr-blum.com)



Dr. med. dent. Christian Blum

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Executive Master in oral Medicine / Implantology

### Gesundheitliche Risiken

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass oder reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?  Ja  Nein

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

### Erkrankungen

Zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein

Zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein

Herzerkrankung?  Ja  Nein

Herzklappenfehler /-ersatz?  Ja  Nein

Herzschrittmacher?  Ja  Nein

Sonstige Herzerkrankung \_\_\_\_\_

Lebererkrankung?  Ja  Nein

Diabetes?  Ja  Nein

Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein

Infektionskrankheiten (Tbc, Gelbsucht, Aids)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rheuma / Gicht?  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein

Migräne?  Ja  Nein

Grüner Star?  Ja  Nein

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

Schnarchen Sie im Schlaf?  Ja  Nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?  Ja  Nein

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_