

**Praxis Dr. Palm / Schulz & Partner  
Zahnärzte  
ANAMNESEBOGEN**

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.:privat : \_\_\_\_\_ geschäftl.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse / Privatversicherung: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen:

	JA	NEIN		JA	NEIN
Leiden Sie an Zahnfleischbluten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Erkrankungen des Blutes wie z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Allergien, z.B.Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Angeborene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Haben Sie einen Allergiepaß ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Herzklappenfehler oder künstliche Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Herzinnenhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Rheuma /rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpaß ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			-Anfallsleiden, z.B. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			-Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			-Immunschwäche, z.B. AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein,die die Blutgerinnung hemmen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragen Sie best. Medikamente nicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie z. Zt. ein ?		
Falls ja, welche :					
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt ? Datum / ungefähr :			Für Patientinnen: Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organ :					
Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre im Krankenhaus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wünschen Sie eine örtliche Betäubung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ich bin an der Aufnahme in das **RECALL - System** interessiert. Dies bedeutet, daß ich an Untersuchungstermine schriftlich oder telefonisch erinnert werde.
- Für Kassenpatienten : Ich bin an Behandlungsverfahren interessiert, die über das Maß der gesetzl. Krankenversicherung hinausgehen . Mit einer Zuzahlung bin ich -nach Absprache- einverstanden.

Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift : \_\_\_\_\_

Bitte beachten : Eine örtliche Betäubung hat zur Folge, daß Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrem Behandlungstermin .