

# Anamnesebogen



**ZAHNÄRZTIN  
ANDREA JÄHNIG**

Name, Vorname: ..... geb. am .....

Anschrift: .....

E-Mail: .....

Telefon privat: .....

..... dienstlich: .....

Name des Hausarztes: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....

Zahnärztin Andrea Jähmig  
Weingartenstraße 14  
77654 Offenburg

Telefon: 0781-37457  
E-Mail: info@zahnarztpraxis-jaehmig.de  
Internet: www.zahnaerztin-jaehmig.de

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

## Herz-/ Kreislaufkrankungen:

- Hoher Blutdruck  ja  nein
- Niedriger Blutdruck  ja  nein
- Herzklappenfehler  ja  nein
- Herzklappenersatz  ja  nein
- Herzschrittmacher  ja  nein
- Endokarditis  ja  nein
- Herzoperation  ja  nein

- Hochgradige Neutropenie  ja  nein
- Mukoviszidose-Erkrankung  ja  nein
- Organtransplantiert  ja  nein
- Stammzellentransplantiert  ja  nein

## Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein
- Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein
- Tuberkulose  ja  nein
- Infektionskrankheiten (z. B. MRSA)  ja  nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)  ja  nein

- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein
- Wenn ja, in welchem Monat? .....Monat

## Anfallsleiden (Epilepsie)

- ja  nein
- Asthma/Lungenerkrankungen  ja  nein
- Blutgerinnungsstörungen  ja  nein
- Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein
- Drogenabhängigkeit  ja  nein
- Nervenerkrankung  ja  nein
- Nierenerkrankungen  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle  ja  nein
- Osteoporoseerkrankung  ja  nein
- Raucher  ja  nein
- Rheuma/Arthritis  ja  nein
- Schilddrüsenerkrankung  ja  nein
- Sonstige Erkrankungen:  ja  nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein
- Antibiotika  ja  nein
- Schmerzmittel  ja  nein
- Metalle: .....  nein

- Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?
- Wenn ja, wann?.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? ..... seit .....

- Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?  ja  nein seit .....
- Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  ja  nein seit .....
- Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?  ja  nein seit .....
- Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?  ja  nein Datum: .....

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

....., den .....

Unterschrift: .....