Zahnärztlicher Basis-Anamnesebogen

Allgemeine Gesundheitsangaben für eine sichere, individuell abgestimmte Behandlung

Vertraulich · Ärztliche Schweigepflicht

TEIL 1 Persönliche Angaben & Erreichbarkeit

Bitte vollständig ausfüllen

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Beruf / Tätigkeit:** _____

Straße & Hausnr.: _____ **PLZ & Wohnort:** _____

Telefon privat / Mobil: _____ **Telefon dienstlich:** _____

E-Mail-Adresse: _____ **Hausarzt (Name & Ort):** _____

Krankenversicherung: ☐ Gesetzliche Kasse: _____ ☐ Privat

☐ Beihilfeberechtigt zu _____ % ☐ Pflegegrad: _____

TEIL 2 Wichtige Sicherheits- & Allergie-Fragen vorab

Besonders wichtig für Betäubung & Eingriffe

1. Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Latex oder andere Stoffe? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, gegen welche Stoffe? Besitzen Sie einen Allergiepass? _____

2. Traten bei Ihnen jemals Nebenwirkungen oder Kreislaufprobleme nach Zahnspritzen auf? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Reaktionen? _____

3. Bluten Sie ungewöhnlich lange bei Schnittwunden oder nehmen Sie Blutverdünner (z. B. ASS, Marcumar, Eliquis)? ☐ Ja ☐ Nein

4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, künstliche Herzklappen oder ein Gelenkimplantat (Endoprothese)? ☐ Ja ☐ Nein

5. Für Patientinnen: Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder Stillzeit? ☐ Ja (_____ . Monat) ☐ Nein

TEIL 3 Herz-Kreislauf, Gefäße & Atmungsorgane

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	☐ Ja ☐ Nein	Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐ Ja ☐ Nein
Herzerkrankung / Angina pectoris / Herzinfarkt	☐ Ja ☐ Nein	Herzrhythmusstörungen / Herzfehler	☐ Ja ☐ Nein
Schlaganfall / Thrombose / Gefäßerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	Asthma bronchiale / chronische Bronchitis	☐ Ja ☐ Nein

Ergänzungen zu Herz-Kreislauf oder Atmung: _____

TEIL 4 Stoffwechsel, Organe, Nervensystem & Infektionen

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	☐ Ja	☐ Nein	Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion	☐ Ja	☐ Nein
Magen- oder Darmerkrankungen	☐ Ja	☐ Nein	Lebererkrankung / Gelbsucht / Hepatitis	☐ Ja	☐ Nein
Nieren- oder Blasenerkrankung / Dialyse	☐ Ja	☐ Nein	Augenerkrankung (Grauer / Grüner Star)	☐ Ja	☐ Nein
Rheuma / Arthritis / Gicht	☐ Ja	☐ Nein	Epilepsie / Krampfanfälle	☐ Ja	☐ Nein
Häufige Kopfschmerzen / Migräne	☐ Ja	☐ Nein	Tumorerkrankung / Bestrahlung / Bisphosphonate	☐ Ja	☐ Nein
Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose, MRSA)	☐ Ja	☐ Nein	Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Scharlach)	☐ Ja	☐ Nein

TEIL 5 Aktuelle Medikamente, Nahrungsergänzung & Behandler

Wichtig für Wechselwirkungen

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig oder bei Bedarf ein?

Welche Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine oder naturheilkundlichen Präparate nehmen Sie ein?

Mitbehandelnder Facharzt: _____ **Ort / Telefon:** _____

TEIL 6 Hinweise zur Behandlung, Verkehrstüchtigkeit & Bestätigung

Rechtliche Hinweise & Aufklärung

1. Hinweis zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr:
Nach zahnärztlichen Behandlungen – insbesondere nach einer örtlichen Betäubung (Lokalanästhesie), nach chirurgischen Eingriffen oder nach Einnahme beruhigender bzw. schmerzstillender Medikamente – kann Ihre Reaktionsfähigkeit und Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr vorübergehend eingeschränkt sein. Bitte lassen Sie sich im Zweifelsfall nach dem Termin abholen.

2. Aufklärung über kinesiologische Testungen & ganzheitliche Leistungen:
Wir bieten in unserer Praxis kinesiologische Testungen bzw. ganzheitliche Behandlungen an; diese werden nach einem Stundensatz von 350,– € anteilig nach Zeitaufwand berechnet. Ich wurde hiermit darüber aufgeklärt.

3. Bestätigung der Angaben:
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe, Änderungen meines Gesundheitszustandes unaufgefordert mitteile und unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger alle anfallenden Kosten selbst tragen werde.

Ort, Datum Amt Wachsenburg, den

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter X