

Dr. Stephan Krämer

Praxis für neuromuskuläre Zahnheilkunde

Straße der Einheit 21a

39629 Bismark

Tel. 039089/3220

Fax 039089/98887



Allgemeine Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Versicherung: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ / _____ Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
viele Krankheiten oder die Einnahme von Medikamenten beeinflussen die zahnärztliche
Behandlung. Wir bitten Sie daher diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben
unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Wenn Sie Schwierigkeiten mit der
Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Sollte sich Ihr
Gesundheitszustand im Verlauf der Behandlung ändern, so teilen Sie dies uns bitte mit.

Ja

Nein

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

()

()

Wenn ja, weshalb? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislaufkrankungen

Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, o.ä.) () ()

Hoher Blutdruck () ()

Niedriger Blutdruck () ()

Haben Sie einen Herzschrittmacher? () ()

Herzklappenersatz () ()

Schlaganfall () ()

Sonstige Herz-Kreislaufkrankungen? () ()

Wenn ja, welche? _____

Bluterkrankungen

Blutgerinnungsstörungen () ()

Blutarmut () ()

Gerinnungshemmende Medikamente (ASS, Marcumar, o.ä.) () ()

Thromboseerkrankung () ()

Sonstige Bluterkrankungen? () ()

Wenn ja, welche? _____

Allergien

Zahnärztliche Materialien	()	()
Penicillin	()	()
Lokalanästhetika	()	()
Latexallergie	()	()
Haben Sie einen Allergiepaß?	()	()
Sonstige Allergien?	()	()
Wenn ja, welche?	_____	

Infektionskrankheiten

Tuberkulose	()	()
Hepatitis A/B/C	()	()
AIDS/ HIV	()	()
Sonstige Infektionskrankheiten?	()	()
Wenn ja, welche?	_____	

Andere Erkrankungen

Asthma/ Lungenerkrankungen	()	()
Diabetes	()	()
Tumorerkrankung	()	()
Epilepsie	()	()
Glaukom	()	()
Lebererkrankungen	()	()
Schilddrüsenerkrankung	()	()
Nierenleiden	()	()
Magen-Darm-Erkrankungen	()	()
Sonstige Erkrankungen?	()	()
Wenn ja, welche?	_____	

Besteht eine Schwangerschaft?	()	()
Wenn ja, in welcher Woche? _____ Woche.		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	()	()
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?		

Nehmen Sie aktuell Bisphosphonate ein oder haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate eingenommen?	()	()
---	-----	-----

Welche Erwartungen/Wünsche haben Sie an Ihre Zähne?

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk? Knirschen oder pressen Sie?

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten