



# Brandstätter

Ihre Zahnärzte in Ingersheim.

## Anamnese

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

- 1) Wann waren Sie letztes Mal in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_
- 2) Haben Sie derzeit Schmerzen? Ja  Nein
- 3) Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung? Ja  Nein
- 4) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja  Nein   
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 5) Haben Sie Allergien? Ja  Nein   
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 6) Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja  Nein
- 7) Leiden Sie unter Herzbeschwerden? Ja  Nein
- 8) Hatten Sie einen Herzinfarkt? Ja  Nein
- 9) Leiden Sie unter Angina pectoris? Ja  Nein
- 10) Haben Sie eine künstliche Herzklappe? Ja  Nein
- 11) Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? Ja  Nein
- 12) Hatten Sie einen Schlaganfall? Ja  Nein
- 13) Haben Sie Blutdruckprobleme? Ja  Nein
- 14) Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein
- 15) Haben Sie ein Organtransplantat? Ja  Nein
- 16) Haben Sie eine Lungenerkrankung / Asthma? Ja  Nein
- 17) Leiden Sie unter Epilepsie? Ja  Nein
- 18) Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja  Nein
- 19) Leiden Sie unter Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja  Nein
- 20) Leiden Sie an Bluterkrankungen? Ja  Nein
- 21) Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Ja  Nein
- 22) Nehmen Sie Blutverdünner? Ja  Nein   
(z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Plavix...)
- 23) Ist eine verlängerte Blutungszeit bekannt? Ja  Nein
- 24) Haben Sie Rheuma / Fibromyalgie? Ja  Nein

- 25) Haben oder hatten Sie ein Leberleiden? Ja  Nein   
(z.B. Gelbsucht, Leberzirrhose, Hepatitis A/B/C...)
- 26) Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten? Ja  Nein
- 27) Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? Ja  Nein   
(z.B. Hepatitis A/B/C, HIV/AIDS, Tuberkulose)
- 28) Leiden Sie unter Osteoporose? Ja  Nein
- 29) Werden/wurden Sie mit Bisphosphonaten therapiert? Ja  Nein   
(z.B. Zometa, Bondronat, Bonviva, Prolia...)
- 30) Haben Sie maligne Grunderkrankungen (Krebs)? Ja  Nein   
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
wenn ja, wurden Sie therapeutisch bestrahlt (Radiotherapie?) Ja  Nein
- 31) Leiden Sie unter Hauterkrankungen oder Neurodermitis? Ja  Nein
- 32) Rauchen Sie? Ja  Nein   
wenn ja, wie viel: \_\_\_\_\_
- 33) Leiden Sie unter Suchterkrankungen (Drogen/Alkohol)? Ja  Nein
- 34) Haben Sie Nierenerkrankungen / Niereninsuffizienz? Ja  Nein
- 35) Leiden Sie unter Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts? Ja  Nein   
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 36) Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen? Ja  Nein   
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 37) Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? Ja  Nein
- 38) Bitte zählen Sie alle früheren Operationen auf! \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 39) Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt (Name, Anschrift): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis einsehbar.

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

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

Erstellt: Name: Dr. S. Brandstätter

Datum: 25.05.18

Geprüft: Name: Dr. S. Brandstätter

Datum: 25.05.18

Freigegeben: Name: Dr. M. Brandstätter

Datum: 25.05.18