

## Anamneseblatt

Name/Vorname: ..... Pflegeheim: .....  
 Strasse: ..... Telefon: .....  
 PLZ/Wohnort: ..... Mail: .....  
 Geburtsdatum: .....

**Beistand:**  **oder Bezugsperson:**  **Kostenträger:**  
 Name/Vorname: ..... Privat:   
 Strasse: ..... EL:   
 PLZ/Wohnort: ..... Sozialamt:   
 Telefon: ..... SUVA:   
 Mail: ..... KESB:

**Hausarzt/behandelnder Arzt:**  
 Name: ..... Telefon: .....

**Allgemein medizinisch:** REA-Status:

- |   | JA  | NEIN  |
|---|---|---|
| • Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?<br>Wenn ja, Grund: .....  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                        |
| • Hatten Sie jemals einen Zwischenfall beim Zahnarzt? (z.B. Reaktion auf Spritze)   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                        |
| • Nehmen Sie medikamentöse Blutverdünner oder sind sie Bluter?<br>Wenn ja, Quick-Wert: ..... oder INR-Wert: ..... Medikament: ..... | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                        |
| • Benötigen Sie eine Endokarditis-Prophylaxe?   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                        |
| • Haben Sie ein künstliches Gelenk?<br>Wo und seit wann? .....  | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                        |
| • Sind Sie Raucher/-in?<br>Wenn ja, wie viel pro Tag: ..... Seit wie vielen Jahren: .....   | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>                        |
| • Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? ( <i>Zutreffendes ankreuzen</i> )   |   |   |
| Herz-Kreislauf-Erkrankung <input type="checkbox"/>  | Embolien/Thrombosen <input type="checkbox"/>          | Epilepsie <input type="checkbox"/>              |
| Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/>  | Atemwegs-/Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> | Allergien <input type="checkbox"/>              |
| Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>  | Osteoporose <input type="checkbox"/>                  | behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall <input type="checkbox"/>   | Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/>   | Andere <input type="checkbox"/>                 |
| COPD <input type="checkbox"/>   | akute Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/>    | ..... <input type="checkbox"/>                  |

**Ist die Behandlung in unserer Praxis möglich?** JA  NEIN   
 Wenn nein, Grund: .....

**Check-Liste: Dokumente zum mitsenden**

- Aktuelle Diagnose- und Medikamentenliste
- Anmeldeformular
- Fotos
- Bei EL Bezüger [Einverständniserklärung](#)

**Ich nehme zur Kenntnis:**

- die Honorarnote wird ev. durch die Zahnärztekasse abgerechnet
- bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen (24h vorher) behalten wir uns je nach Situation deren Verrechnung vor

Datum: ..... Unterschrift Patient: .....  
 oder Beistand: .....