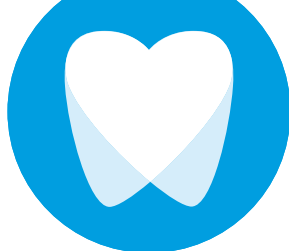


ANAMNESEBOGEN



DR. MED. DENT. MARC TIPPELT
DR. MED. DENT. JULIA DEUTSCH-TIPPELT
UND KOLLEGEN

Name, Vorname

geb.

Geburtsort

Krankenkasse

selbst versichert

mitversichert bei

Name, Vorname

geb.

Anschrift

Telefon

Beruf

Arbeitgeber

Zusatzversicherung

JA

NEIN

WENN JA: Welche?

seit
Monat/Jahr

Sind Sie zur Zeit in
ärztlicher Behandlung?

JA

NEIN

Wenn ja,
wegen welcher Erkrankung?

1

Hausarzt/Facharzt
(Name, Adresse)

2

Welche Medikamente nehmen
Sie regelmäßig ein?

3

Sind Ihnen Allergien bekannt?
(gegen Medikamente, Materialien)

JA

NEIN

Wenn ja, wogegen?
(Allergiepaß)

4

Herzerkrankungen

Herzinsuffizienz (Herzschwäche)

JA

NEIN

Herzrhythmusstörungen

JA

NEIN

Herzschrittmacher/-klappenersatz

JA

NEIN

Angina pectoris

JA

NEIN

Sonstiges

5

Kreislaufferkrankungen

Hoher Blutdruck

JA

NEIN

Niedriger Blutdruck

JA

NEIN

Sonstiges

6

Nehmen Sie gerinnungshemmende
Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, welche?

Marcumar

Xarelto

Plavix

ASS 100

Pradaxa

Sonstige

7

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes (Zuckerkrankheit) JA NEIN

Magen-/Darmerkrankung JA NEIN

Schilddrüse JA NEIN

Nierenerkrankungen JA NEIN

Osteoporose JA NEIN

Nehmen sie Medikamente gegen
Osteoporose ein? JA NEIN

WENN
JA: Welche?

8

Erkrankungen des Nervensystems
oder psychische Erkrankungen?

JA NEIN

(z.B. Epilepsie, Depression)

9

Angeborene Bluterkrankungen

Hämophilie (Blutungsneigung) JA NEIN

Blutarmut JA NEIN

Sonstiges

10

Infektionskrankheiten

HIV/AIDS JA NEIN

Hepatitis (Gelbsucht) JA NEIN

Tuberkulose JA NEIN

Erkrankungen der Atemwege JA NEIN

Sonstiges

11

Haben Sie häufig
Kopf- und Gesichtsschmerzen? JA NEIN

Beschwerden im Kiefergelenk? JA NEIN

12

Sind Sie drogen- oder
alkoholabhängig? JA NEIN

13

Sind Sie Raucher? JA NEIN

WENN
JA: Wieviele Zigaretten/Tag?

14

Sind Sie schwanger? JA NEIN

WENN
JA: Welcher Monat?

15

Sind Sie damit einverstanden, dass bei Bedarf Fotoaufnahmen von Ihrem
Gebiss gemacht werden, um die Behandlung zu dokumentieren? JA NEIN

16

Datum

Unterschrift

Praxis mit Bestellsystem: Bitte sagen Sie Ihren Termin **mind. 24h vorher ab**, sollten Sie
verhindert sein. Ansonsten entsteht eine Ausfallgebühr von **35 Euro pro halber Stunde**.



Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes immer unverzüglich mit!

