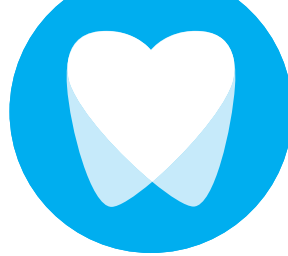


# ANAMNESEBOGEN



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

Name

Vorname

geboren am

Geburtsort

Krankenkasse

Anschrift

Telefon

Beruf

Arbeitgeber

Mitversichert bei

Name, Vorname

geboren am

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

Kreislaufkrankungen

Hoher Blutdruck

JA

NEIN

Niedriger Blutdruck

JA

NEIN

Sonstiges

6

Nehmen Sie gerinnungshemmende  
Medikamente ein?  JA  NEIN

Wenn ja, welche?

Marcumar

ASS 100

Xarelto

Pradaxa

Plavix

Lixiana

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

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**.

Datum

Unterschrift



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

