**Zahnärzte Andreas Pöschke & Dr. Christoph Lange**

**Gemeinschaftspraxis: Glienicker Str. 6 A 13467 Berlin tel.: 404 12 24\_\_\_\_\_fax.: 405 36 403**

**Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name Vorname Geburtsdatum**

**Versicherter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name Vorname Geburtsdatum**

**Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Straße/Hausnr. Postleitzahl Ort**

**Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

privat beruflich/tagsüber zu erreichen

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Grund meines Kommens: ....................................................................................................................................................................

**Anamnesefragebogen**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, da einige Vorerkrankungen Einfluss auf Ihre zahnärztliche Behandlung nehmen können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten. Bei Unklarheiten fragen Sie uns bitte. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.**

**Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankung? Ja Nein ggf. ergänzende Angaben \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Allergie(n), auch gegen Medikamente □ □ ...........................................................................................................................**

**Atemwegserkrankung (z.B. Asthma) □ □ ...........................................................................................................................**

**Anfallsleiden (Epilepsie) □ □ ...........................................................................................................................**

**Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck □ □ ...........................................................................................................................**

**Wird der Blutdruck mit Medikamenten behandelt? □ □ ...........................................................................................................................**

**Blutverdünnende Medikamente □ □ ...........................................................................................................................**

**Ohnmacht/Kreislaufschwäche □ □ ...........................................................................................................................**

**Rheuma/rheumatisches Fieber □ □ ...........................................................................................................................**

**Osteoporose/Medikamente □ □ ...........................................................................................................................**

**Herzinfarkt/Angina pectoris/Herzschrittmacher □ □ ...........................................................................................................................**

**Hepatitis □ □ ...........................................................................................................................**

**HIV □ □ ...........................................................................................................................**

**Tumorerkrankung □ □ ...........................................................................................................................**

**Nierenerkrankung/Diabetes/Medikamente □ □ ...........................................................................................................................**

**Schilddrüsenerkrankung □ □ ...........................................................................................................................**

**Sonstige Erkrankung □ □ ...........................................................................................................................**

**Welche Medikamente nehmen Sie ggf. noch ? ...........................................................................................................................**

**Haben Sie beim Zahnarzt schon einmal eine**

**lokale Betäubung bekommen? □ □**

**Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? □ □**

**Name/Anschrift der Arztpraxis:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? □ □**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter**