



Anamnesebogen

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte beantworten Sie die Fragen genau und in Druckbuchstaben und geben Sie den Bogen den Sie behandelnden Mitarbeiter*innen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm | Gewicht: _____ kg | Geschlecht: _____

1. Waren Sie im Laufe des letzten Jahres oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Welche? _____

2. Nehmen Sie derzeit vorübergehend oder regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Welche? _____

3. Hatten Sie bisher Krankenhausaufenthalte?

ja nein

Wann und weshalb: _____

4. Haben Sie eine Allergie oder sind Nebenreaktionen auf Medikamente aufgetreten? (z.B. Latex, Schmerzmittel, Betäubungsspritze, Antibiotika)

ja nein

Welche: _____

Haben Sie einen Allergiepass?

ja nein

5. Haben Sie eine Herz-Kreislauf-Erkrankung?

Bluthochdruck ja nein

letzter gemessener Wert: _____/_____ mmHg

Herzklappenfehler/-ersatz ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Endokarditis ja nein

Herzinfarkt/Schlaganfall ja nein

Herz-Operationen ja nein

Thromboseneigung ja nein

8. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto)

ja nein

Welche? _____

9. Haben Sie eine infektiöse Erkrankung?

HIV/AIDS ja nein

Hepatitis/Gelbsucht ja nein

Tuberkulose ja nein

Andere: _____

6. Haben Sie eine Augenerkrankung?

Grüner Star ja nein

Andere: _____

7. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? (z.B. von-Willebrand-Syndrom, Hämophilie)

ja nein

Welche? _____

10. Haben Sie künstliche Gelenke, Implantate oder Transplantate?

ja nein

Welche? _____



11. Haben Sie sonstige Erkrankungen?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein
 letzter gemessener HbA1C-Wert: _____ %Hb

Rheumatische Erkrankung ja nein
 Behandlung mit MTX, Cortison ja nein

Epilepsie ja nein

Lungenerkrankungen ja nein

Immunerkrankungen ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Krebserkrankungen/Tumore ja nein
 Welche? _____

Bestrahlung im Kopf- und Halsbereich ja nein

Andere Erkrankungen: _____

12. Wird oder wurde bei Ihnen eine Therapie mit Bisphosphonaten oder anderen antiresorptiven Medikamenten durchgeführt?

ja nein
 Warum? _____
 Seit wann? _____
 Welches Präparat? _____

13. Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?

Schwangerschaft ja (SSW: _____) nein
 Stillen ja nein

Sind oder waren Sie Raucher?

ja, seit _____ Jahren _____ Zigaretten/Tag
 nein, noch nie gewesen
 nicht mehr seit _____

14. Trinken Sie Alkohol?

nein, nie
 gelegentlich: _____
 häufig: _____

15. Nehmen Sie Drogen?

nein, nie
 gelegentlich: _____
 häufig: _____

16. Sind Sie in regelmäßiger Betreuung beim Hausarzt

ja, nein

Name: _____

Zahnarzt

ja, nein

Name: _____

17. Wurden bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?

nein ja, wann/wo: _____

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen und verstanden und hatte die Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, den mich behandelnden Zahnarzt*innen mitzuteilen.

Ich bin darüber informiert, dass die im Rahmen meiner Behandlung am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde angefertigten fotografischen Behandlungsdokumentationen im Rahmen des Unterrichts sowie für wissenschaftliche Publikationen und Fortbildungen ohne Namensnennung verwendet werden können, sofern ich dem nicht schriftlich widerspreche.

Datum _____ **Unterschrift Patient*in oder gesetzliche Vertretung** _____

Behandlungstermine werden stets für Sie persönlich reserviert. Wenn Sie den Termin aus dringenden Gründen (z.B. andere Krankheit) nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vorher unter 0731/50064110 abzusagen. Im Falle einer späteren Absage oder bei unentschuldigtem Nichterscheinen erlaubt sich das Universitätsklinikum Ulm eine Ausfallgebühr von 60,00€ zu erheben. Hierfür wird Ihnen die Verwaltung des Universitätsklinikums eine Ausfallrechnung zukommen lassen. Diese Kosten sind reine Eigenleistungen, welche nicht von gesetzlichen- oder privaten Krankenkassen bzw. sonstigen Kostenträgern übernommen werden.

Datum _____ **Unterschrift Patient*in oder gesetzliche Vertretung** _____