

# Anamnesebogen

**Dr. Heinz Eßer Dr. Michaela Eßer Dr. Christina Eßer**  
Kletterpoth 1 59457 Werl Tel. 02922/6636



## Liebe Patientin, lieber Patient !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

| Patientenkontaktdaten                             |  |
|---|--|
| Familienname:                                     |  |
| Vorname:  |  |
| Straße/Hausnummer:                                |  |
| PLZ/Wohnort:                                      |  |
| Geburtsdatum:                                     |  |
| Versichertenstatus (M-F.R)                        |  |
| Telefonnummer (privat):                           |  |
|   |  |
| Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig! |  |
| Telefonnummer (mobil):                            |  |
| E-Mail:   |  |
| Beruf:  |  |
| Hausarzt/Name:                                    |  |
| Hausarzt/Telefonnummer:                           |  |
| Hausarzt/Anschrift:                               |  |

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!** Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

| Herz-/Kreislaufkrankungen   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrillmacher:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektiöse Erkrankungen   |                             |                               |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS:   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| MRSA (multiresistente Keime):   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

