



Dr. med. dent Michael Lauterwein
 Zahnarzt und Oralchirurg
 Zertifizierte Tätigkeitsschwerpunkte
 Implantologie & Parodontologie
 www.praxis-lauterwein.de

Anamnesebogen Überweisungspatient

Patient	_____				
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Arbeitgeber	Beruf
Anschrift	_____				
	Straße	Postleitzahl	Wohnort	Telefon: privat	dienstlich
Versicherter	_____				
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Selbst versichert Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Anschrift	_____				
	Straße	Postleitzahl	Wohnort	Telefon: privat	dienstlich
Krankenkasse	_____				
	beihilfeberechtigt ja <input type="checkbox"/> zusätzlich versichert ja <input type="checkbox"/>			freiwillig versichert ja <input type="checkbox"/>	
Hausarzt	_____				
	Name	Straße	Postleitzahl	Ort	Telefon
Hauszahnarzt	_____				
	Name	Straße	Postleitzahl	Ort	Telefon

Um für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese) Ihres Gesundheitszustandes. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen.

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

Allgemeine Situation	Ja	Nein	Zahn-Mund-Kiefer-Situation
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis: _____
Ggf. welche Allergien: _____			_____
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? _____
Herzkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionen: Hepatitis/TBC/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Erkrankungen: _____			

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig ein?

1. _____ wofür _____
2. _____ wofür _____
3. _____ wofür _____

Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Nein , ja , wegen _____

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Nein , ja , _____ Woche, ungewiß .

Falls Sie Änderungen Ihres Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung.

Mir ist bekannt, dass die Lokalanästhesie wie jeder medizinischer Eingriff mit Risiken und Nebenwirkungen behaftet ist (vorrübergehende Fahruntüchtigkeit, Nervschädigung). Ich wünsche die Durchführung zahnärztlicher Behandlungen in Lokalanästhesie. Ja Nein

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung, bitte sprechen Sie uns an!

Dr. Michael Lauterwein & Praxisteam

Kaiserslautern, den _____
 Patient / Eltern bei Minderjährigen

Dr. Michael Lauterwein