



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

Anamnesebogen-Update

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Arbeitgeber _____ Beruf _____

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____ Telefon: privat _____ dienstlich _____

Krankenkasse

Gesetzlich versichert ja Privat versichert ja beihilfeberechtigt ja

Um für Ihre Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur Aktualisierung der 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	Weitere Erkrankungen: _____
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ggf. welche Allergien: _____			
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktuelle Medikamenteneinnahme?
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. _____ wofür _____
Hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. _____ wofür _____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. _____ wofür _____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> , wegen _____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> , ja <input type="checkbox"/> , _____ Woche, ungewiß <input type="checkbox"/> .
Infektionen: Hepatitis/TBC/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Mir ist bekannt, dass die örtliche Betäubung wie jeder medizinischer Eingriff mit Risiken und Nebenwirkungen behaftet ist (vorübergehende Fahruntüchtigkeit, sehr selten: Nervschädigung). Ich wünsche bei Bedarf die Durchführung zahnärztlicher Behandlungen in Lokalanästhesie. Ja Nein

Sofern Sie unseren Service der regelmäßigen Erinnerung an die notwendigen Vorsorgeuntersuchungstermine (Recall) noch nicht nutzen sollen, möchten wir Ihnen dies gerne anbieten. Wollen Sie diesen kostenlosen Recall-Service nutzen? 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

Praxisinterner Vermerk:

Letzte Anamneseerhebung: _____