

## ANAMNESEBOGEN

Zahnarzt Dr. Torsten Dittmann, Heiligendammer Straße 17, 14199 Berlin  
Telefon +49-30-823 67 12 **Unsere 24 Stunden Notfallnummer** +49-170-76 44 264

**Patientenangaben. Bitte bringen Sie diesen Bogen, möglichst weit ausgefüllt, zu Ihrem ersten Besuch mit.**

Name \_\_\_\_\_ Vorname (n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift/Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer (privat) \_\_\_\_\_ (geschäftlich) \_\_\_\_\_

### KRANKENKASSE

Privatversicherung     freiwillig versichert     Pflichtversichert

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? \_\_\_\_\_

Mitversichert bei (Name / Vorname / Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Hausarztes

### ZU WELCHEN KRANKHEITEN WERDEN ODER WURDEN SIE BEHANDELT?

#### Herz- Kreislauferkrankungen

Herzschrittmacher \_\_\_\_\_

Endokarditisprophylaxe notwendig \_\_\_\_\_

Herzpass vorhanden \_\_\_\_\_

Zu hoher / zu niedriger Blutdruck \_\_\_\_\_

Einnahme gerinnungshemmender Medikamente \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Zuckerkrankheiten** (Diabetes) \_\_\_\_\_

Mit Medikamenten eingestellt, wenn ja durch welche \_\_\_\_\_

Epileptiforme Anfälle / Krämpfe? \_\_\_\_\_

#### Allergien

Penicillin-Überempfindlichkeit \_\_\_\_\_

Medikamentenallergien allgemein, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? \_\_\_\_\_

#### Infektionskrankheiten

HIV / AIDS \_\_\_\_\_

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A, B, C) wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_

Tuberkulose \_\_\_\_\_

#### Sonstiges

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel tägl.? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich, wenn ja, welche und wie oft? \_\_\_\_\_

Wegen welcher Krankheit sind Sie zur Zeit in Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? \_\_\_\_\_

#### Weitere Angaben

Besitzen oder wünschen Sie einen Röntgenpass? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger, wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Versicherter / Patient