



Klerx + Neumann + Bähre / Die Prophylaxepraxis / Pelikanstr. 4 / 30177 Hannover

**Klerx + Neumann + Bähre**  
Die Prophylaxepraxis

Pelikanstr. 4  
30177 Hannover

Telefon 05 11-70 92 92  
Telefax 05 11-70 10 217

Internet: [www.klerx-neumann.de](http://www.klerx-neumann.de)  
E-Mail: [info@klerx-neumann.de](mailto:info@klerx-neumann.de)

Liebe Patientinnen und Patienten,

wir wollen Sie optimal und individuell beraten und behandeln.  
Dazu benötigen wir genaue Auskünfte über Ihren aktuellen allgemeinen Gesundheitszustand und alle von Ihnen eingenommenen Medikamente.

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.  
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen deshalb sorgfältig aus.

Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um, sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis. Bitte sprechen Sie uns bei Fragen an, wir helfen Ihnen gerne weiter!  
In Ihrem eigenen Interesse ist es wichtig, die Anamnese aktuell zu halten. Wir werden Sie daher in regelmäßigen Abständen nach Änderungen fragen.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefonnr., Handynr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes : \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Angaben zur Krankenversicherung bitte ankreuzen:

- Gesetzlich versichert
- Zusatzversicherung
- Beihilfeberechtigt
- Basistarif
- Privat versichert

Alle Patienten ab einer Dauer von 60 Minuten, erhalten von uns telefonisch am Vortag eine Terminbestätigung.  
Weiterhin erhalten alle Patienten eine SMS-Terminbestätigung. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir um Mitteilung.

## ALLGEMEINE ANAMNESE

### Herz

- Herzinfarkt, wann?  
\_\_\_\_\_
- Angina Pectoris, Herzschmerzen
- Herzfehler
- Herzinsuffizienz, Herzschwäche, Atemnot bei Anstrengungen
- Herzkrankheiten? Welche?

### Gefäße

- Schlaganfall, wann?  
\_\_\_\_\_
- Krampfadern/ Thrombose
- Embolie
- Durchblutungsstörungen

### Allergien

- Metalle, welche?  
\_\_\_\_\_
- Latex
- Medikamente, welche?  
\_\_\_\_\_
- Allergiepass vorhanden?
- Ja
- Nein
- Sonstige Allergien, welche?  
\_\_\_\_\_

### Leber

- Gelbsucht/ Hepatitis
  - A
  - B
  - C
- Sonstige Lebererkrankungen, welche?  
\_\_\_\_\_

### Kreislauf

- Hoher Blutdruck/Hypertonie  
Wert: \_\_\_\_\_
- Niedriger Blutdruck/Hypotonie  
Wert: \_\_\_\_\_
- Ohnmachtsanfälle

### Lunge und Atemwege

- Tuberkulose
- Lungenentzündung
- Asthma bronchiale
- Allergisches Asthma
- Sonstige Erkrankungen der Atemwege?  
Welche?  
\_\_\_\_\_

### Niere

- Nierenentzündung/-insuffizienz
- Dialyse, an welchen Tagen?

Mo Di Mi Do Fr

### Zuckerkrankheit/ Diabetes mellitus

- Insulinpflichtig
- Medikamente oral/ Tabletten

### Schilddrüse

- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Kropf

## Blut

- Gerinnungsstörung
  - Öfter blaue Flecken/ Nasenbluten
  - Nachblutung nach Operation
  - Nehmen Sie blutverdünnende
  - Medikamente? Welche?
- 

## Magen / Darm

- Geschwür
- Verdauungsstörung
- Sodbrennen / Refluxkrankheit

## Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rücken-/ Bandscheibenschmerz
- Muskelerkrankungen
- Körperliche Behinderung
- Rollstuhl/ Rollator
- Osteoporose

## Augen

- Sehbehinderung
  - Grüner Star/ Glaukom
  - Sonstige Erkrankungen? Welche?
- 

## Rauchen

Wieviel Zigaretten durchschnittlich?

\_\_\_\_\_ Zigaretten/ Tag

## Alkoholgenuss

- gelegentlich
- regelmäßig größere Mengen
- nicht mehr

## Nerven und Gemüt

- Epilepsie
- Lähmungen
- Geistige Behinderung
- Morbus Parkinson
- Depressionen
- Angstzustände
- Sonstige Erkrankungen?

## Infektionskrankheiten

- Grippe
- HIV Infektionen
- Hepatitis ? \_\_\_\_\_
- Aphten
- Herpes labiales, Lippenherpes
- Herpes Zoster, Gürtelrose

## Andere Erkrankungen/ Besonderheiten

- Tumorerkrankungen
- Chemotherapie Bestrahlung  
Wann? \_\_\_\_\_  
Wie lange noch? \_\_\_\_\_
- Bestrahlung  
Wann? \_\_\_\_\_  
Wie lange noch? \_\_\_\_\_
- Rheumatische Erkrankungen, welche?  
\_\_\_\_\_
- Transplantationen  
\_\_\_\_\_

## Schwangerschaft

In welcher Woche?

\_\_\_\_\_

### Blutgerinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft, oder in den letzten Tagen?

Welches Medikament?

- Aspirin
- ASS
- Clopidogrel
- Marcumar
- Plavix
- Ticlopidin
- Dolomo
- Sonstige

---

---

---

---

### Bitte geben Sie alle Medikamente an!

- Blutdruckmittel  
\_\_\_\_\_
- Herzmedikamente  
\_\_\_\_\_
- Schmerzmittel  
\_\_\_\_\_
- Anti-Baby-Pille  
\_\_\_\_\_
- Psychopharmaka  
\_\_\_\_\_
- Antidiabetika  
\_\_\_\_\_
- Bisphosphonate  
\_\_\_\_\_
- Chemotherapie  
\_\_\_\_\_
- Weitere Medikamente

---

---

---

### Datenschutz und Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung meiner Daten ausdrücklich ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

Hannover, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_