

#whdentalwerk



video.wh.com

Jetzt bei Ihrem  
Fachhändler oder  
auf **wh.com**



# Patienten

## Anamnesebogen

Name:

Versicherungsnr.:

Trifft folgendes für Sie zu

Zusatzangaben z.B. Schmerzen, Therapien, Medikamente

N J

Beschwerden Mund/Zähne

 

Welche:

### Allgemeine Angabe relevanter Zusatzinformationen

Zucker-/säurehaltige Ernährung

 selten/nie häufig täglich

N J

Rauchen Sie

 

Zigaretten/Tag:  <10

 >10

Haben Sie geraucht

 

Zigaretten/Tag:

Rauchfreie Jahre:

Für wie lange:

 < 5 Jahre > 5 Jahre

N J

Alkoholabhängigkeit

(aktuell, als auch ehemals)

 

Allergien/Unverträglichkeiten

 

Notfallmedikation

Schwangerschaft

 

Woche

### Systemische Erkrankungen

### Zusatzangaben z.B. OP-Datum

### Medikation

Bekannte Herzerkrankungen

N J

Angina pectoris

 

Herzrhythmusstörungen

 

Koronare Herzerkrankungen

 

DMP Teilnahme

Herzinsuffizienz

 

Künstliche Herzklappe

 

Angeborene zyanotische Vitien

 

Endokarditis Vorgeschichte

 

Herzinfarkt

 

> 6 Monate

< 6 Monate

Stent-/Bypass-Operation

 

> 6 Monate

< 6 Monate

Herzschriltmacher

 

Hypertonie/Bluthochdruck

 

Aktueller Wert:

Systemische Erkrankungen			Zusatzangaben z.B. OP-Datum	Medikation
<b>Bekannte Lungen-/Atemwegserkrankung</b>	N	J		
COPD/Atemwegsverengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DMP Teilnahme	
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DMP Teilnahme	
<b>Bekannte Knochen-/Gelenkserkrankungen</b>	N	J		
M Bechterew/Spondylarthropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Bekannte Erkrankungen des Verdauungssystems</b>	N	J		
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ohne Reflux <input type="checkbox"/> mit Reflux	
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Collitis ulcerosa				
<b>Bekannte Organ-/Drüsen-/Nervenerkrankungen</b>	N	J		
Glaukom/grüner Star/Augeninnendruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> keine Dialyse <input type="checkbox"/> Dialyse	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche/Behandlung	
Hyperthyreose/Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktueller HbA1c/DMP Teilnahme	
Epilepsie (Notfallmedikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> nicht stabil	
<b>Bekannte Infektionserkrankungen</b>	N	J		
Hepatitis/Gelbsucht (u Varianten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ausgeheilt <input type="checkbox"/> aktiv/chronisch	
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reise in ein Infektionsgebiet (letzte 3 Monate)	N	J	Kontakt zu erkrankten/infektiösen Personen (letzte 14 Tage)	N J <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Land:		Symptome:		Behandlung:
<b>Behandlungen/Therapien/Operationen</b>	N	J	Alternativmedizin, Beeinflussung von Wirkmechanismen	
Andere Therapieformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche	
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> beendet <input type="checkbox"/> laufend	
Bestrahlung Hals-/Kopfbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> beendet (> 6 Wochen) <input type="checkbox"/> laufend	
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Endoprothese (künstl. Gelenke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> > 2 Jahre oder ohne Komplikationen <input type="checkbox"/> < 2 Jahre oder mit Komplikationen	
<b>Nehmen Sie aktuell Medikamente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche	
<b>Andere Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche	