

Anamnesebogen!

Patient/Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon:	Geburtsdatum:
Krankenkasse:	
Mitglied/Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	

- Wer ist Ihr Hausarzt?
- Wer ist, bzw. war Ihr Hauszahnarzt?
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? (z.B. Tbc, HIV)?
Nein Ja: _____
- Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes? (z.B. Thrombose, Gerinnungsstörung)?
Nein Ja: _____
- Bestehen bei Ihnen ernsthafte Herz- u. Kreislaufbeschwerden? (Endokarditis)?
Nein Ja: _____
- Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)? Nein Ja
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? Nein Ja
- Leiden Sie unter Asthma? Nein Ja
- Leiden Sie unter Augenkrankheiten? (Grüner Star)? Nein Ja
- Haben oder hatten Sie ein Magen- o. Darmgeschwür?
Nein wenn Ja, wann: _____
- Sind Sie leberkrank oder haben/ hatten Sie einmal Gelbsucht?
Nein wenn Ja, wann: _____
- Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?
Nein wenn Ja, wann: _____
- Leiden Sie unter Epilepsie?
Nein wenn Ja, wann hatten Sie Ihren letzten Anfall? _____
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente? (z.B. Marcumar, ASS)?
Nein wenn Ja, welche: _____
- _____
- Sind Sie gegen Medikamente/ Materialien / Sonstiges allergisch?
Nein wenn Ja, gegen was? _____
- _____
- Besteht eine Schwangerschaft?
Nein wenn Ja, welcher Monat? _____

Datum Unterschrift des Patienten, bzw. des Erziehungsberechtigten

Ihre Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.