



Implantologie - Kinderzahnheilkunde - Parodontitisbehandlung - Prophylaxe - Zahnästhetik - Zahnerhalt - Zahnersatz

ANAMNESEBOGEN

Vor- und Nachname:.....
Strasse.....Kasse.....
PLZ.....
TEL.:.....
E-MAIL.....

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. **Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.**

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der folgenden Organe?

HERZ

Rythmusstörungen
Herzklappenersatz
Schrittmacher

KREISLAUF

niedriger Blutdruck
Bluthochdruck
Angina Pectoris
Schlaganfall

Bestehen noch andere Erkrankungen? Wenn ja , welche:

Blutarmut	<input type="checkbox"/>	epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>
Bluter	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheiten	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Haut-oder Geschlechtskrankheiten
HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
Tumorerkrankungen(Chemotherapie/ Bestrahlung)
Osteoporose

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in ärztlicher Behandlung sind:

ARZT:..... **Ort:**..... **Tel.:**.....
.....

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche:.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche:.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche:.....
.....

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Inhaltsstoffe?

Wenn ja, welche:.....
.....

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche:.....
.....

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat?.....

Bitte teilen Sie unbedingt dem Personal mit ob eine Schwangerschaft besteht!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

Datum

Unterschrift