



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

## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte(r) Herr/Frau.....  
Strasse.....  
PLZ.....  
TEL.:.....  
E-MAIL.....Kasse.....

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?

Hautkrankheiten   
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:.....  
.....

**Bitte teilen Sie unbedingt dem Personal mit sobald eine Schwangerschaft besteht!**

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

.....

Dürfen wir Sie telefonisch, per Mail oder Post über Ihre halbjährliche Untersuchung informieren?

Ja

Nein

**Datum**

**Unterschrift**