



Anamnesebogen

Patient Name Vorname geb. am

Versicherter Name Vorname geb. am

Anschrift Straße PLZ Ort

Krankenkasse Tel. mobil

Beruf Tel. privat

E-Mail Tel. gesch.

Wünschen Sie, von uns an Termine oder Kontrolluntersuchungen per E-Mail oder telefonisch erinnert zu werden?

Ja Nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

	Ja	Nein
1. Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liegen bei Ihnen Allergien vor? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bluten Sie bei Verletzungen lange nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sie werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.

.....
Datum/Unterschrift

.....
Patient/Versicherter