

Anamnesebogen

Name:

geb. am:

Bestehen bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
1. Allergie, Medikamentenunverträglichkeit (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Atemwegserkrankung (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glaukom (erhöhter Augendruck, grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Infektionskrankheiten		
8.1. Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bisphosphonattherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Haben Sie bisher Betäubungsspritzen bei zahnärztlichen Behandlungen gut vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hatten Sie frühere Zahnoperationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sonstige wichtige Gesundheitsinformationen:		

Bei Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Medikamente informieren Sie uns bitte immer zum nächsten Termin! Danke.

Für eine umfassende Betreuung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.

- Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

- Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

	Ja	Nein
• Tragen Sie Zahnersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie jemals eine Zahntaschenbehandlung, bzw. leiden Sie an Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Interessieren Sie sich für professionelle Zahnreinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Was ist Ihnen als Patient wichtig?		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.
 Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen.

Datum _____ Unterschrift _____