

ANAMNESEBOGEN



**DR.
SCHLENDERMANN**
ZAHNARZT

PATIENT

Name

Vorname

geb.

ALLERGIE

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

HERZ-/ KREISLAUF- ERKRANKUNGEN

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Wenn ja, welche?

Herzschrittmacher ja nein

Blutungsneigung ja nein

STOFFWECHSEL- ERKRANKUNGEN

Diabetes? ja nein

Osteoporose? ja nein

Magen-Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Sonstiges?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epilepsie? ja nein

Sonstiges?

TUMOR-/ KREBSERKRANKUNG

Wenn ja, welche ? ja nein

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein

Wurde bei Ihnen ein HIV-(Aids)Test durchgeführt? ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Sonstiges?

WEITERE ANGABEN

Sind oder waren Sie drogen-oder alkoholabhängig? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Leiden Sie unter Zahnarztangst? ja nein

SCHWANGERSCHAFT

Wenn ja, in welchem Monat? ja nein

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein oder erhalten Sie Infusionen?

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Für Ihre Sicherheit ist es notwendig die Gesundheitsfragen jährlich schriftlich zu aktualisieren.

Bei Änderungen ist es erforderlich, einen neuen Bogen auszufüllen.

Datum

Unterschrift