

ANAMNESEBOGEN



**DR.
SCHLENDERMANN**
ZAHNARZT

PATIENT	Name	Vorname	geb.
---------	------	---------	------

ALLERGIE	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?		
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein

HERZ-/ KREISLAUF- ERKRANKUNGEN	Wenn ja, welche?		
	Bluthochdruck?	ja	nein
	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?		

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN	Wenn ja, welche ?	ja	nein
------------------------------------	-------------------	----	------

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 schrift-
lich zu aktualisieren.
Bei Änderungen ist es erforderlich,
einen neuen Bogen auszufüllen.

Datum

Unterschrift