

# 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**