

ANAMNESEBOGEN

Für Zahnärzte besteht die Verpflichtung, sich über den Gesundheitszustand ihrer Patienten vollständig zu informieren. Die korrekte Beantwortung folgender Fragen liegt im Interesse Ihrer Gesundheit und des Behandlungsablaufes, um mögliche Komplikationen zu vermeiden.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns ebenfalls Ihr Einverständnis, Einsicht in Ihre bestehende Altkartei nehmen zu können, sofern diese schon bei uns vorhanden ist.

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Name und Telefonnummer des Arztes _____

Name und Telefonnummer des Hausarztes _____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten; bitte ergänzende Angaben eintragen
1. Allergie (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Diabetes (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Herz-Kreislaufferkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2 Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.4 Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.6 Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.7 Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.8 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2 Immunerkrankungen (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.3 Sonstige (z.B. Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1 Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.2 Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Rheumatoide Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Schilddrüsenerkrankungen (Über-/Unter-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. (große) Angst vor der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Nehmen Sie Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.1 Regelmäßig (z.B. ASS 100)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.2 Zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Benötigen Sie eine Antibiotikaprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum _____

Unterschrift _____