

ANAMNESEBOGEN

PAT.NR.:

PATIENT

Name, Vorname

Geburtsdatum

VERSICHERTER

Name, Vorname

ANSCHRIFT

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Ort

E-Mail

ALLGEMEINE SITUATION	JA	NEIN	BEMERKUNGEN
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionserkrankungen (Hepatitis, TBS, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen/Operation (Klappenersatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wir bitten um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt
Blutdruck			<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch

ZAHN-MUND-SITUATION

Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnfleischrückgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzen am Kopf/Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT