



PRAXIS DR. MENRATH
ANAMNESEBOGEN

PAT. NR.

GEBURTSDATUM

PATIENT

NAME

VORNAME

MITGLIED/VERSICHERTER

NAME

VORNAME

ANSCHRIFT

STRASSE

TELEFON

PLZ ORT

MAIL

ALLGEMEINE SITUATION

JA

NEIN

ALLERGIEN

MEDIKAMENTE

INFEKTIONSERKRANKUNGEN
(Hepatitis, TBS, HIV)

HERZERKRANKUNGEN/
OPERATIONEN (KLAPPENERSATZ)

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

BLUTDRUCK

NIEDRIG

NORMAL

HOCH

TRAGEN SIE EINEN HERZ-
SCHRITTMACHER

DIABETES (Zuckerkrankheit)

SCHILDDRÜSENERKRANKUNG

RAUCHEN SIE?

ZAHN-MUND-SITUATION

ZAHNFLEISCHBLUTEN

ZAHNFLEISCHRÜCKGANG

GERÄUSCHE IM KIEFERGELENK
(z. B. beim Kauen)

SCHMERZEN AM KOPF ODER
NACKEN

SIND SIE MIT DER STELLUNG/
FARBE/FORM IHRER ZÄHNE
ZUFRIEDEN

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT JA NEIN

(Wir bitten um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraumes eine Schwangerschaft eintritt)

DATUM

UNTERSCHRIFT (Bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)