Anamnese

ZAHNÄRZTE AM KURHAUS

Da vorhandene Erkrankungen Auswirkungen auf die ärztliche Therapie haben, bitten wir Sie, um sorgfältige Ausfüllung dieses Bogens.Er wir Ihrer Karteikarte beigefügt. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient _____
Name | Vorname | Geburtsdatum

Versicherter _____
Name | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse

Anschrift _____
Postleitzahl | Ort | Straße | Tel. + Fax.Nr.

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Tel. + Fax.Nr.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Falls Sie mit ja antworten, bitte ergänzende Angaben eintragen
1. Allergie	☐	☐	
2. Atemwegserkrankunen (welche)	☐	☐	
3. Blutgerinnungsstörungen	☐	☐	
4. Diabetes (welcher Typ)	☐	☐	
5. Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐	
6. Gelenkendoprothesen	☐	☐	
7. Glaukom (erhöhter Augendruck)	☐	☐	
8. Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	
9. Herz-Kreislauferkrankungen	☐	☐	
9.1. Herzinsuffizienz/-schwäche	☐	☐	
9.2. Angina pectoris	☐	☐	
9.2. Herzinfarkt	☐	☐	
9.3. Herzrhythmusstörungen	☐	☐	
9.4. Herzschrittmacher	☐	☐	
9.5. Herzklappenerkrankung	☐	☐	
9.6. erhöhter Blutdruck	☐	☐	
9.7. verminderter Blutdruck	☐	☐	
9.8. Druchblutungsstörungen	☐	☐	
10. Infektionskrankheiten (welche)	☐	☐	
10.1. Hepatitis	☐	☐	
10.2. Immunmangel-Syndr.(AIDS)	☐	☐	
11. Lebererkrankungen	☐	☐	
12. Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	
13. Nierenerkrankungen	☐	☐	
14. Osteoporose	☐	☐	
15. Rheumaerkrankungen	☐	☐	
16. Tumorerkrankungen	☐	☐	
Weitere Fragen	☐	☐	
Frühere Operationen? (welche)	☐	☐	
17. Besteht eine Schwangerschaft	☐	☐	
19. Medikamente? (Welche? Biophosphnate?)	☐	☐	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	☐	☐	
Möchten Sie an Zahnreinigungstermine durch uns erinnert werden?	☐	☐	

Empfohlen durch: _____

Name des Hausarztes:

_____ Datum Unterschrift