

Anamnesebogen



Zahngesundheit
Hermsdorf

Name _____ Geb. Datum _____

Adresse _____ Telefon _____

_____ E-mail _____

Sehr geehrte Patienten,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankung des Herzens ? JA NEIN

- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese ?
- Endokarditis ?
- Herzinfarkt ?
- Herzoperationen ?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher ?
- Kreislauferkrankungen ?

Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen ? JA NEIN

Wenn JA, welche ? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein ? JA NEIN

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten ? JA NEIN

- Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, HIV oder SARS-CoV-2) ?
- Hepatitis ?
- Nierenerkrankungen ?
- Diabetes ? (Typ I oder Typ II)
- Asthma oder Lungenkrankheiten ?
- Nervenerkrankungen ?
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) ?

Besitzen Sie ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk ? JA NEIN

Haben Sie eine der folgenden Allergien ? JA NEIN

- Penicillin ?
- Jod ?
- Latex ?
- Eugenol ?

Besteht eine Schwangerschaft ? JA NEIN

Wenn JA, in welchem Monat ? _____

Rauchen Sie ? JA NEIN

Wenn JA, wie viel ? _____

Bitte beachten Sie, dass ihre Termine exklusiv für Sie reserviert sind. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte 24 Stunden vorher. Bei einer späteren Absage, behalten wir uns vor, Ihnen die Kosten für die eingeplante Zeit in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter