

Anamnese

Patient:

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/ Ort: _____
Geb.-Datum: _____

Geb.-Ort: _____
Handy: _____
Email: _____
Telefon: _____
Beruf: _____

Versicherter:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____

Name und Anschrift des Hausarztes:

Name und Anschrift des überweisenden Arztes:

Empfohlen von:

Allgemeine Anamnese:

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Operation am Herzen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bluterkrankungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Epilepsie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Depressionen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tumorerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Organtransplantation	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Künstliche Gelenke, wenn ja, wo?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Sonstige Erkrankungen?

Infektionserkrankungen:

HIV, Hepatitis A, B oder C	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tuberkulose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Allergien / Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schmerzmittel	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Antibiotika	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

Spezielle Anamnese:

- Sind Sie schwanger, wenn ja welche Woche? ja nein
- Sind Sie Raucher, wenn ja, wieviel rauchen Sie? ja nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
- Hatten Sie schon mal eine Zahnfleischbehandlung? ja nein
- Leiden Sie unter Schmerzen im Kopf-/Gesichtsbereich
Knirschen Sie? ja nein
- Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden/-knacken? ja nein
- Tragen Sie eine Aufbissschiene? ja nein
- Schnarchen Sie? ja nein
- Werden Sie dadurch im Schlaf beeinträchtigt? ja nein
- Haben Sie Zahnersatz? ja nein
- Wie alt ist dieser? _____
- Verursacht er Ihnen Beschwerden? ja nein

Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen!

Datum: _____, Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!