

Anamnese (Privat)

Patient:

Name: _____ Geb.-Ort: _____
Vorname: _____ Handy: _____
Strasse: _____ Email: _____
PLZ/ Ort: _____ Telefon: _____
Geb.datum: _____ Beruf: _____

Versicherter:

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

Sind Sie Basistarif versichert? ja nein

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"/>
Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung	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 ja nein

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: 19. Oktober 2018, Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!