

Diese Seite ist vom Patienten auszufüllen.
Alle Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Allgemeine Anamnese

Ja / Nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- 1. Allergien (welche):.....

--	--
- 2. Herz- & Kreislauferkrankungen.....

--	--
- 3. Atemwegserkrankungen.....

--	--
- 4. Zuckerkrankheit.....

--	--
- 5. Blutgerinnungsstörungen (auch medikamentös bedingt).....

--	--
- 6. Anfallsleiden.....

--	--
- 7. Tumorerkrankungen.....

--	--
- 8. Infektionskrankheiten.....

--	--
- 9. Lebererkrankungen.....

--	--
- 10. Nierenerkrankungen.....

--	--
- 11. Grüner Star.....

--	--
- 12. Rheumaerkrankung.....

--	--
- 13. Sonstige Erkrankungen (welche).....

--	--

Rauchen Sie? (Wieviel pro Tag? Seit wann?).....

--	--

 Besteht eine Schwangerschaft?.....

--	--

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

.....

Krankenhausaufenthalte (wann, weshalb?)

.....

Zahnärztliche Anamnese

- 1. Haben Sie Schmerzen an den Zähnen? (Wo?).....

--	--
- 2. Haben sie Beschwerden am Zahnfleisch? (Welche?).....

--	--
- 3. Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? (Wodurch?).....

--	--
- 4. Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?.....

--	--
- 5. Waren Sie in letzter Zeit in zahnärztlicher Behandlung?.....

--	--

Hauszahnarzt:.....

Datum: _____

Unterschrift: _____