

ANAMNESEBOGEN

Der Erhebungsbogen wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
Strasse:	Wohnort:	
E-Mail:	Telefon Privat:	Mobil-Nr.:
Beruf:	Arbeitgeber:	
Versicherung: Beihilfe: ja nein	Telefon Arbeitgeber:	

Bei Familienversicherung abweichende Angaben des Versicherten/Zahlungspflichtigen:

Name:	Vorname:
Strasse:	Wohnort:
Geb. Datum:	Arbeitgeber:

Für die Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Herzerkrankungen:	ja	nein	Kreislaufferkrankungen:	ja	nein
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma (Angina Pectoris):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		
Sonstige:					

Stoffwechselerkrankungen:	ja	nein	Erkrankungen des Nervensystems:	ja	nein
Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstiges:					

Allergien:	ja	nein	Infektionskrankheiten:	ja	nein
Penicillinüberempfindlichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A oder B:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:			Aids:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein		ja	nein
Haben Sie Zahnfleischbluten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie oft an Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oder an Verspannungen im Gesicht-/Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich in ärztl. Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei welchem Arzt?			Wenn ja, welche?		
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei welchem Zahnarzt?			In welchem Monat?		

Durch wen/wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Bitte beachten Sie, daß nach einer Behandlung unter Anästhesie die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann und Sie selbst kein Fahrzeug lenken dürfen.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes. Kenntnisnahme und die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Datum:

Unterschrift:
