

ANAMNESE



Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information für Ihren behandelnden Zahnarzt; er verbleibt bei Ihren Akten und unterliegt dem Datenschutz. Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem Interesse genau.

Name Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ, Wohnort

Telefon/Handy E-Mail

Krankenkasse Beihilfe Zusatzversicherung

Gesetzl. Vertreter/Betreuer (Name, Anschrift, Geburtsdatum)

Hausarzt (Name, Ort)

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

	Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus Typ II (Alters-Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankung (Herzmuskelentzündung, Herzklappenersatz, Infarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Gicht, Fibromyalgie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:		
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Besteht oder bestand eine Suchterkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzschrittmacher, Hörgerät oder Organtransplantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann wurden Sie das letzte Mal an den Zähnen
geröntgt?

INFEKTIONEN

	Ja	Nein
HIV / Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A / B / C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRSA „Krankenhauskeim“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente (z. B. Betablocker, Blutdrucksenker)		
<input type="checkbox"/> Cortison		
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel		
<input type="checkbox"/> Antidepressiva		
<input type="checkbox"/> blutverdünnende Mittel (z. B. ASS 100, Marcumar, Iscover, Pradaxa, Xarelto Clopidogrel / Plavix)		
<input type="checkbox"/> Antibabypille		
<input type="checkbox"/> Sonstige		
Sind Sie Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Woche:		

