



DIE SYMBIOSE AUS LANGJÄHRIGER ERFAHRUNG UND INNOVATION.

ANAMNESE ANMELDUNG

ANMELDEFORMULAR MIT ANAMNESE

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese bitte mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder littten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz		Augen	
Zustand nach Infarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grauer Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grüner Star	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Muskelentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemwege / Lunge	
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bypassoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-Darm-Trakt	
Kreislauf		Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blase / Niere	
Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dialyse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des blutbildenden Systems		Leber	
Blutarmut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

bitte wenden



DIE SYMBIOSE AUS LANGJÄHRIGER ERFAHRUNG UND INNOVATION.

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

BEWEGUNGSAPPARAT

		Haut- / Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankungen /	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
rheumatische Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bestrahlung / Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Mumps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zentrales Nervensystem		Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vegetatives Nervensystem			
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Migräne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Stoffwechsel			
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behandelnder Arzt:	
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ort:	
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon:	

SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN

Wurden Sie jemals operiert? ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Traten dabei Probleme auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? ja nein

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert? ja nein

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente oder Ergänzungspräparate ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente und andere Stoffe? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? ja nein

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift des Versicherten / Patienten