

Anamnesebogen

PATIENTENDATEN

Familiennamen	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Erziehungsberechtigter (nur bei Minderjährigen)	
Adresse (Str./Hausnr./Ort)	

Tel. privat/mobil	Handy:	Tel. (Festnetz):
E-Mail		

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislauferkrankung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Krebs/Bisphosphonat	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Rheuma/Arthritis	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	HIV-Infektion/Stadium AIDS	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Asthma/Lungenerkrankungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Drogenabhängigkeit	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Raucher	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Antibiotika	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Sonstige Erkrankungen: Wenn ja, wie heißt die Krankheit?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Allergien bzw. Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? nein ja

Wenn ja, wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

.....

Sind Sie mit Ihrem Lächeln zufrieden? nein ja

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um rechtzeitige Absage (mind. 24 stunden vorher).

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir für nicht abgesagte Termine 30,00€ in Rechnung stellen.

Ort/Datum: Mainz /

Unterschrift: