

# Zahnärztliche Anamnese bei Erwachsenen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

aktuelle Tel.Nr./E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Spezialist: \_\_\_\_\_

Bisheriger Zahnarzt (nur wenn Neupatient): \_\_\_\_\_

		JA	NEIN
1. Herz:	Herzkrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, welche? _____		
	Haben Sie einen Herzpass? Bitte vorzeigen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Haben Sie einen Bypass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Haben Sie eine künstliche Herzklappe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Müssen Sie Endokartitisprophylaxe betreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----			
2. Kreislauf:	Erhöhter Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Zu niedriger Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Blutarmut (Anämie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Blut:	Blutungsneigung wegen Blutverdünner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Lunge	Asthma/chronische Bronchitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tuberkulose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Stoffwechsel:	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Leberkrankheiten/Hepatitis/Gelbsucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nervensystem:	Depression?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sonstige?: _____		
7. Allergien:	Latex/Laktoseintoleranz/Pfefferminzöl/ Aloe Vera/Harze/Milch-Protein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Penicillin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Medikamenteallergie? Wenn ja welche: _____		
	Haben Sie einen Allergiepass? Bitte zeigen!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sind Sie zur Zeit in Behandlung?:	Chemotherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Strahlenbehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bisphosphonattherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Homöopathische Behandlung (Globuli)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung/CT/Mammografie?	_____		
10. Nur für Frauen. Sind Sie schwanger? Welcher Monat?	_____		
11. Sind Sie HIV-positiv (AIDS)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bestehen sonstige Erkrankungen?	_____		
13. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?	_____		
14. Erinnerung an die jährliche Kontrolle erwünscht?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Erinnerung per Brief <input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> Nr: _____ E-Mail <input type="radio"/> Adresse: _____			
16. Haben Sie eine Zusatzversicherung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

Mit der Unterschrift wird versichert das der Anamnesebogen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurde.