



Patientenanmeldung und Anamnese

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig. Wir wollen erreichen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden und dass unsere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden können. Selbstverständlich behandeln wir alle Auskünfte vertraulich!

Name / Vorname: (*)

geb. am: (*)

Adresse: (*)

Tel.privat: (*)

Tel.gesch.: (*)

Mobil: (*)

Beruf: (*)

E-mail (*)

Krankenkasse: (*)

Sie sind zusatzversichert? (*)

Ja Nein

Wann war der letzte Zahnarztbesuch? (*)

Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?



Patientenanmeldung und Anamnese

Allgemeine Anamnese:

1: Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (*)

Ja Nein

Wenn ja welche? (*)

2: Besitzen Sie einen Allergiepass? (*)

Ja Nein

3: Leiden Sie an Herz- und / oder Kreislaufbeschwerden? (*)

Ja Nein

4: Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? (*)

Ja Nein

5: Haben Sie Diabetes (Blutzucker)? benötigen Sie Insulin? (*)

Ja Nein

6: Ich habe (*)

BITTE AUSWÄHLEN

- EINE SCHILDDRÜSENERKRANKUNG
- EINE LEBERERKRANKUNG
- EINE NIERENERKRANKUNG
- AIDS
- EINE NERVENKRANKHEIT
- BRONCHIAL-ASTHMA
- ANDERE SCHWIERIGKEITEN MIT DEN LUNGEN ODER HUSTEN
- EPILEPSIE (ANFALLSLEIDEN)
- HOHEN / NIEDRIGEN BLUTDRUCK
- KREBS, EINE BÖSARTIGE ERKRANKUNG ODER LEUKÄMIE
- KEINE ERKRANKUNG

7: Benötigen Sie eine Antibiotikaprophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? (*)

Ja Nein

8: Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordnete Medikamente? (*)

Ja Nein

9: Nehmen Sie ASS oder Marcumar? (*)

Ja Nein

Wenn ja welche? (*)

10: Sind Sie schwanger? (*)

Ja Nein

Datum: (*)

...

Wie sollen wir Sie erreichen?

E-mail Telefon Mail