Anamnesebogen

für Patienten der Zahnarztpraxis

Zahnärztin
Dr. Philo von Schaabner-Haase

Doktorswiese 1
38640 Goslar
schaabner-haase.de

Tel 05321 45114
Fax 05321 393580
praxis@schaabner-haase.de

Name _____

Vorname _____

Ärztliche Behandlung

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

○ ja ○ nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

_____

Hausarzt/Facharzt/Heilpraktiker

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

_____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Blut verdünnende Medikamente?

_____

Allergien

Auf welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen evtl. eine Unverträglichkeit?

_____

_____

Besitzen sie einen Allergiepass? ○ ja ○ nein

Herzerkrankungen

Herzinsuffizienz(Herzschwäche)	○ ja	○ nein
Arrythmien(unregelmäßiger Herzschlag)	○ ja	○ nein
Zustand nach Herzinfarkt	○ ja	○ nein
Herzschrittmacher	○ ja	○ nein
Herzklappenersatz	○ ja	○ nein

Sonstiges _____

Kreislauferkrankung

hoher Blutdruck	○ ja	○ nein
niedriger Blutdruck	○ ja	○ nein
Ohnmachtsanfälle	○ ja	○ nein

Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit/Diabetes	○ ja	○ nein
Magen-Darm-Erkrankung	○ ja	○ nein
Schilddrüsenerkrankung	○ ja	○ nein

Sonstiges _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung	○ ja	○ nein
Leukämie	○ ja	○ nein
Blutarmut(Anämie)	○ ja	○ nein

Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Hepatitis A/B/C	○ ja	○ nein
HIV/Aids	○ ja	○ nein

Sonstiges _____

Erkrankung der Wirbelsäule

○ ja ○ nein

Sonstiges _____

Röntgen

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt ○ ja ○ nein

Schwangerschaft

○ ja ○ nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sonstige Besonderheiten

_____

_____

_____

_____

Möchten Sie regelmäßig an Ihre Kontrolltermine erinnert werden? ○ ja ○ nein
(telefonisch / per Mail / per Karte)

_____ Datum

_____ Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen sofort mit.