

Informations- und Anamnesebogen Zahnarztpraxis

Sandra Schubert

Name, Vorname: _____
 Tel. privat: _____
 Tel. dienstlich: _____
 Email: _____

Geburtsdatum: _____
 Hausarzt: _____
 Pflegegrad: _____

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolle erinnert werden? Ja Nein

Herz-Kreislaufkrankungen

Bluthochdruck

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Niedriger Blutdruck

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Herzoperationen / Herzschrittmacher

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Herzerkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörungen

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Endokarditis

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Blutgerinnungsstörungen

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Sonstige

Infektionserkrankungen

Tuberkulose

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Hepatitis

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

AIDS

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Sonstige

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Allergien gegen

Antibiotika

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Schmerzmittel

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Lokalanästhetika / Spritzen

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Metalle

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Zahnärztliche Materialien

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Sonstige

↓ Ja ↓
 ↓ Nein

Weitere Erkrankungen

Welche Medika-

Lebererkrankungen	↓ Ja	↓ Nein	_____
Asthma / Atemwegserkrankungen	↓ Ja	↓ Nein	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	↓ Ja	↓ Nein	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	↓ Ja	↓ Nein	_____
Osteoporose	↓ Ja	↓ Nein	_____
Tumorerkrankungen	↓ Ja	↓ Nein	_____
Nierenfunktionsstörungen	↓ Ja	↓ Nein	_____
Schilddrüsenerkrankungen	↓ Ja	↓ Nein	_____
<u>Sonstige</u>			_____

Allgemeine Angaben und Informationen

Regelmäßige Einnahme Medikamenten	↓ Ja	↓ Nein	_____
Raucher	↓ Ja	↓ Nein	_____

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Ebersbach-Neugersdorf, den _____

Unterschrift