

# Informations - und Anamnesebogen

der Zahnarztpraxis Sandra Schubert

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon privat: \_\_\_\_\_  
 Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_  
 E – Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad: \_\_\_\_\_

ja nein

**Erinnerung an halbjährliche Kontrolle**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

**Herz – Kreislauferkrankungen**

Bluthochdruck  
niedriger Blutdruck  
Herz – OP / Schrittmacher  
Herzerkrankungen / - infarkt / - schrittmacher  
Endokarditis  
Blutgerinnungsstörung  
sonstiges \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Infektionserkrankungen**

Tuberkulose  
Hepatitis  
AIDS  
sonstiges \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Allergien gegen**

Antibiotika  
Schmerzmittel  
Lokalanästhetika / Schmerzmittel  
Metalle  
zahnärztliche Materialien  
sonstiges \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**andere Erkrankungen**

Lebererkrankungen  
Asthma / Atemwegserkrankungen  
Zuckerkrankheit (Diabetes)  
Anfallsleiden (Epilepsie)  
Osteoporose  
Tumorerkrankungen  
Nierenerkrankungen  
Schilddrüsenerkrankungen  
sonstiges \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**allgemeine Angaben und Informationen**

regelmäßige Einnahme von Medikamenten  
Raucher

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, Sie über alle medizinisch relevanten Veränderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, zu informieren.

Ebersbach-Neugersdorf, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift