



ANAMNESE

	JA	NEIN	
Ärztliche Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Herzmedikamente: _____ Blutverdünnende Mittel: _____ Cortison: _____ Bisphosphonate: _____ Psychopharmaka: _____ Hormonpräparate: _____ Sonstige Medikamente: _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Allergiepass?
Herzerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschwäche (Insuffizienz)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzasthma, Angina pectoris?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endokarditisrisiko?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Kreislaufkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu hoher Blutdruck?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu niedriger Blutdruck?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zustand nach Herzinfarkt?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Vegetative Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____

	JA	NEIN	
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Nervensystemerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epileptiforme Anfälle?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krämpfe?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Bluterkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung (Hämophilie)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut (Anämie)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Infektionskrankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/____)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Erkrankungen der Atemwege (Husten, Asthma etc.?)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?
			Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Krebserkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen eine Chemotherapie durchgeführt?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt?
Bewegungsapparat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beeinträchtigung durch Rücken-, Kopf- oder Nackenschmerzen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Weitere Angabe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
Röntgen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?
			Wenn ja, wo? _____ (Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.)
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Monat? _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stillen Sie?

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift

📍 Schlierfer Holz 1 · 92369 Sengenthal
☎ 09181/5102040 · ✉ info@zahnarztpraxis-sengenthal.de

WWW.ZAHNARZTPRAXIS-SENGENTHAL.DE

