



Anamnesebogen

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort
E-Mailadresse		Ihr Beruf	
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung bei stationärer Behandlung <input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	
Name Ihres Zahnarztes		Name Ihres Hausarztes	
		Name Ihres Kieferorthopäden	
Welcher Arzt / Zahnarzt überweist Sie?		An welchen Arzt soll evtl. ein Bericht geschickt werden?	

Versicherter Gesetzlicher Vertreter » Nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert oder minderjährig ist:

Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort

	Ja	Nein		Ja	Nein
01. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Clopidogrel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06. Haben Sie Allgemeinerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Erhalten / Erhielten Sie Chemotherapeutika, knochenstärkende Medikamente (z. B. Bisphosphonate, Prolia, Zaltrap) oder Infusionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Haben Sie Allergien?			Falls ja, benötigen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Haben Sie Erkrankungen des Herz- / Kreislaufsystems?			- Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzfehler (z.B. Klappenfehler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nervensystemerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bypass, Stent, sonstige Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07. Liegt ein aktuelles Röntgenbild des Kiefers / der Zähne vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Haben Sie eine Tumorerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche?			Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche?			Falls ja, welche?		
				
				

.....
Datum / Unterschrift