

Anamnesebogen

Patient: Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift: Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse: _____ Tel. mobil _____

Beruf _____ Tel. privat _____

E-Mail _____ Tel. gesch. _____

Möchten Sie von uns an Termine oder Kontrolluntersuchungen per E-Mail oder telefonisch erinnert werden? **Ja** **Nein**

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

	Ja	Nein
1. Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Beschwerden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Herzoperation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/ Epilepsie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV, TBC) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liegen bei Ihnen Allergien vor? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bluten Sie bei leichten Verletzungen stark? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie schwanger? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was benutzen Sie zu Ihrer persönlichen Zahnpflege? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sie werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes.

praxis.ihbe

Zahnmedizin
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Praxis Ihbe, Baierbrunnerstr. 87, 81379 München

Datum/ Ort

Unterschrift Patient/ Versicherter