

ANAMNESEBOGEN

	JA	NEIN	
Ärztliche Behandlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
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"/>	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? _____
Stoffwechselerkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges? _____
Erkrankungen des Nervensystems:	<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 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? _____
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? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____ Unterschrift: _____