

Patient / -in _____

Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktionen/ Medikamentenüberempfindlichkeit ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Atemwegserkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____

Stoffwechselerkrankungen ja nein

Diabetes ja nein

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

Grüner Star (Glaukom) ja nein

Rheuma ja nein

Osteoporose ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein Herzpass ja nein

Herzerkrankung/ Herzschwäche

Wenn ja, welche? _____

Herzschrittmacher ja nein Hoher Blutdruck ja nein

Infektionskrankheiten ja nein

Gelbsucht, Hepatitis Typ: _____ ja nein

Immundefizienz-Syndrom (AIDS) ja nein

Tuberkulose ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Lebererkrankungen ja nein

Depression/ Erkrankung des Nervensystems ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Tumorerkrankungen (Chemo- / Strahlentherapie) ja nein

Wenn ja, welche? _____ wann? _____

Andere Erkrankungen _____ MRSA ja nein

Medikamente, falls ja, welche? _____ ja nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Stillen Sie? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____ ja nein

Haben Sie Interesse an einer Beratung über Zahnimplantate? ja nein

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werde ich dem behandelnden Arzt unverzüglich mitteilen.

Schömburg, den _____

Unterschrift: _____