

Patient / -in _____

Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktion/Medikamentenüberempfindlichkeit ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Atemwegserkrankung - welche? _____ ja nein

Diabetes ja nein

Magen-Darmerkrankung - welche? _____ ja nein

Grüner Star (Glaukom) ja nein

Rheuma ja nein

Osteoporose ja nein

Blutgerinnungsstörung/gerinnungshemmende Medikation ja nein

Herzerkrankung - welche? _____ ja nein

Herzpass ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Multiresistente Keimbesiedelung (z.B. MRSA) ja nein

Gelbsucht, Hepatitis Typ: _____ ja nein

Immunmangel-Syndrom(AIDS) ja nein

Tuberkulose ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Lebererkrankung ja nein

Depression/Erkrankung des Nervensystems ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein

Tumorerkrankung (Chemo-/ Strahlentherapie) ja nein

Wenn ja, welche? _____ wann? _____

Andere Erkrankungen ja nein

Medikamente/-Plan _____ 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: _____