

Zahnarztpraxis Köberich - Anamnesebogen

Patient			
Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift			
	Straße/Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Erreichbar unter			
	Telefon	Handy	
Ihr Hausarzt			
	Name	Ort	

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?					
	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma (schwere Atemnot)			Bluterkrankungen/ Blutgerinnungsstörungen		
Allergien			Magen-Darm-Geschwür		
Herz/Kreislaferkrankungen			Schilddrüsenerkrankung		
Herzschrittmacher			Diabetes		
Leiden Sie unter einer HIV- Infektion Hepatitis A,B,C o. ä.?			Rheuma		

Sonstige Erkrankungen?	

Sind Sie schwanger?	Ja		Nein	
Welcher Monat:				

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja		Nein	
ggf. welche:				

<p>Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten durch die Praxis EDV bin ich einverstanden und stimme auch der Weitergabe meiner Datei an zahnärztliche Kolleginnen/Kollegen in dieser Praxis zu.</p> <p>Nach sämtlichen Behandlungsmaßnahmen, die mit einer lokalen Anästhesie verbunden sind, bin ich für ca. 3 Stunden fahrtüchtig.</p>
--

Datum

Unterschrift