ZAHNARZTPRAXIS **ROLF MENGE**
Bahnhofstraße 51a 24598 Boostedt **T +49 (0)4393 739** F +49 (0)4393 97 28 23
info@zahnarztpraxis-menge.de www.zahnarztpraxis-menge.de

ANAMNESE

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben. Teilen Sie uns bitte auch zukünftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder auch Adressänderungen mit. Vielen Dank.

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma ☐ ja ☐ Nein

Allergische Reaktionen ☐ ja ☐ Nein

Unverträglichkeit von Medikamenten ☐ ja ☐ Nein
ggf. welche? _____

Blutdruck ☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch
ggf. Werte? _____

☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Lähmungen ☐ Nein
ggf. wann? _____

☐ Gelbsucht ☐ Lebererkrankungen ☐ HIV-Infektion ☐ Nein
ggf. wann? _____

Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ ja ☐ Nein

Rheuma ☐ ja ☐ Nein

☐ Bluterkrankungen ☐ Blutgerinnungsstörungen ☐ Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ☐ ja ☐ Nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung ☐ ja ☐ Nein

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ Nein
ggf. welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft ☐ ja ☐ Nein ☐ ungewiß
ggf. wievielte Woche? _____

Sonstige Angaben / andere Krankheiten _____

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ☐ ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Wird Ihr Schlaf oder der Ihres Partners
von Schnarchgeräuschen beeinträchtigt? ☐ ja ☐ Nein

Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen? ☐ ja ☐ Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen