

Anamnese

Allgemeine Angaben:

Patient: _____ geb.: _____
Mitglied: _____ geb.: _____
Straße: _____
PLZ und Ort: _____
Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____
Krankenkasse: _____
Geschäftsstelle der Krankenkasse: _____

Medizinische Vorgeschichte:

Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen? _____
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? _____
Tragen sie einen Herzschrittmacher? _____
Allergische Reaktionen oder Unverträglichkeit auf Medikamente? _____
Asthma, Heuschnupfen, schwere Atemnot? _____
Hoher oder niedriger Blutdruck? _____
Herzinfarkt? _____
Schlaganfall? _____
Lähmungen? _____
Gelbsucht/Lebererkrankungen? _____
Zuckerkrankheit (Diabetes)? _____
Rheuma? _____
Besteht zur Zeit eine andere Erkrankung? _____
Wenn ja, welche? _____
Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? _____
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt? _____

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? _____
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Sonstige Angaben: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Liebe Patienten, da wir eine reine Bestellpraxis führen, möchten wir Sie bitten, vereinbarte Termine die nicht eingehalten werden können spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen ansonsten die vorhergesehene ungenutzte Zeit in Rechnung stellen können

Datum und Unterschrift: _____

