

ALLGEMEINE ANAMNESE

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Asthma	<input type="checkbox"/>	Herzkrankheiten	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Herzfehler	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Probleme	<input type="checkbox"/>	Herzoperation (Klappenersatz Stent Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Herz- Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>
Leber- Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenveränderungen	<input type="checkbox"/>	Endokarditisprophylaxe benötigt	<input type="checkbox"/>
Operation im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	HIV AIDS	<input type="checkbox"/>
Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="checkbox"/>	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob Varianten CJK	<input type="checkbox"/>

Ich habe eine Allergie.	<input type="checkbox"/>	Gegen: _____
Es besteht eine Schwangerschaft.	<input type="checkbox"/>	Woche Monat: _____
Ich bin Raucher.	<input type="checkbox"/>	Menge pro Tag: _____
Ich schnarche.	<input type="checkbox"/>	

NEHMEN SIE EINES DER FOLGENDEN MEDIKAMENTE EIN?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Kortison	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	Blutverdünnende Medikamente (ASS®, Marcumar®)	<input type="checkbox"/>

Namen der Medikamente: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr Team von ZAHNMEDIZIN WEHNER

