

ANAMNESEBOGEN



Dr. med. Stefan Hessenberger

Dentale Implantologie • Dentoalveoläre Chirurgie • Plastische Chirurgie

PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum

VERSICHERTER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Postleitzahl

Wohnort

Straße, Hausnummer

Tel.-Nr. privat

Beruf

Tel.-Nr. dienstlich

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Name der Krankenkasse

Überweisung von (Name des Arztes / Zahnarztes / Praxis)

Weitere behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung)

Bitte sorgfältig ausfüllen und Zutreffendes bitte ankreuzen!

Die Beantwortung der folgenden Fragen ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankungen!

	ja	weiß ich nicht	nein
1. Sind Sie schwanger?	☐	☐	☐
2. Letzte Röntgenaufnahme im Zahn-Kiefer-Bereich?			
3. Sind Sie allergisch (überempfindlich) - z.B. auf Penicillin?	☐	☐	☐
Welche Stoffe?			
4. Litten oder leiden Sie an folgenden Erkrankungen:			
a) Krampfanfälle, Multiple Sklerose?	☐	☐	☐
b) Schilddrüsenfunktionsstörungen?	☐	☐	☐
c) Herzerkrankungen?	☐	☐	☐
Diagnose:			
d) Hoher Blutdruck?	☐	☐	☐
e) Niedriger Blutdruck (Ohnmachtsneigung)?	☐	☐	☐
f) Asthma?	☐	☐	☐
g) Erkrankungen des Magen-/Darmtrakts?	☐	☐	☐
h) Gelbsucht (Hepatitis)?	☐	☐	☐
i) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	☐	☐	☐
j) Nierenerkrankungen?	☐	☐	☐
k) Krebs?	☐	☐	☐
l) Infektionskrankheiten (HIV, TbC ...)?	☐	☐	☐
5. Hatten oder haben Sie andere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Krankenhausbehandlungen?	☐	☐	☐
Welche?			
6. Nehmen Sie Medikamente ein?	☐	☐	☐
Welche?			
Wieviel?			
7. Konsumieren Sie vermehrt Alkohol?	☐	☐	☐
8. Nehmen Sie regelmäßig Drogen?	☐	☐	☐

Ich habe diesen Anamnesebogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige, dass alle Angaben richtig sind!

München, den

Unterschrift