

Anamnesebogen

Patient:

Frage	
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankung des Herzens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankung (z.B. Blutgerinnungsstörung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen	
Allergien (z.B. Heuschnupfen)	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenkrankheiten (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden z.B. Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Immunschwäche AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenhausaufenthalte in den letzten 2 Jahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Krankheiten	
Medikamente, die Sie nicht vertragen	
Empfindliche Zähne	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kieferhöhlenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfleisch zieht sich zurück	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnlockerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aphten/Herpes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Knirschen oder Pressen mit den Zähnen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zähne wurden in den letzten 12 Monaten geröntgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Extreme Angst vor zahnärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Unterschrift des Patienten