

Informations- und Anamnesebogen

Zahnärzte Dr. K. Löffler / Dr. F. Vetter * Bünaustraße 11 * 01059 Dresden

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. (Zutreffendes bitte ankreuzen und evtl. ergänzen)

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Ihre Kontaktdaten

Tel. privat:

Tel. Dienst:

Funk:

Email:

Hausarzt:

(Name, Anschrift)

Tel. Hausarzt:

Herz-Kreislaferkrankungen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Herzklappenerkrankung / Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Herzoperationen / Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Herzerkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Endokarditis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Sonstige | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Nähere Angaben zu den einzelnen Punkten

Infektionserkrankungen

- | | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Hepatitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. AIDS / HIV | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Sonstige | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Allergien gegen

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Antibiotika | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Lokalanästhetika / Spritzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Metalle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Zahnärztliche Materialien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Sonstige | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Weitere Erkrankungen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Erkrankungen blutbildender Organe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Asthma / Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Nierenfunktionsstörungen / Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Sonstige | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Allgemeine Angaben und Informationen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Regelmäßige Medikamenteneinnahme
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Dresden, den _____

Unterschrift _____