



Anamnesebogen Zutreffendes bitte ankreuzen:

Allergien? nein ja
Asthma? nein ja
Herz-Kreislaufkrankung? nein ja
Blutdruck normal? ja zu hoch? ja zu tief? ja
Diabetes? nein ja
Infektionskrankheit? nein ja Hepatitis? HIV?
Epilepsie? nein ja
Sonstige Erkrankung? nein ja

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja
Blutverdünnungsmittel? nein ja
Andere Medikamente? nein ja

Sind Sie jemals operiert worden? nein ja
Hatten Sie jemals einen Unfall? nein ja

Sind Sie oft krank und ist dabei häufig dasselbe Organ betroffen? nein ja

Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden? nein ja

Bitte schätzen Sie Ihren täglichen Konsum ein:

Wasser (in Liter): _____
Kaffee (Tassen): _____
Schwarztee (Tassen): _____
Zucker bzw. Süßigkeiten: _____
Rauchen Sie? nein ja

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Sind jemals Probleme bei einer zahnärztlichen Behandlung aufgetreten? nein ja

Hatten Sie eine kieferorthopädische Zahnspange? nein ja Mit wieviel Jahren? ____
festsitzend? herausnehmbar?

Sind Ihre Weißheitszähne entfernt worden? nein ja Mit wieviel Jahren? ____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? nein ja
Haben oder hatten Sie eine Knirscherschiene? nein ja
Haben Sie Ohrgeräusche? nein ja

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von: _____

Möchten Sie gerne in unser Recall-System aufgenommen werden? nein ja

Ort, Datum:

Name:
