

## A N A M N E S E B O G E N

1	<b>Telefon:</b>	<b>Email:</b>		
2	<b>Was ist Ihr Hauptanliegen?</b> <input type="checkbox"/> Schmerzen / Schwellung <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Sonstiges:			
3	<b>Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt/Ihre behandelnde Zahnärztin?</b>			
4	<b>Wurden Sie überwiesen?</b> wenn ja, von wem?	ja	nein	
5	<b>Sind Sie sonst derzeit in ärztlicher Behandlung?</b> z.B.: Hausarzt, Internist	ja	nein	
6	<b>Hatten Sie in letzter Zeit einen Spitalsaufenthalt?</b> wenn ja, warum?	ja	nein	
7	<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein/bekommen Sie regelmäßig Injektionen?</b>  welche? ..... .....		ja	nein
8	<b>Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel?</b> welche (Marcoumar, Thrombo-Ass...)?		ja	nein
9	<b>Haben Sie eine Allergie/ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente oder Spritzen?</b> worauf?		ja	nein
10	<b>Sind Sie schwanger?</b>		ja	nein
11	<b>Hatten/haben Sie eine Tumorerkrankung/Chemo-/Strahlentherapie?</b> welche?		ja	nein
12	<b>Sind Sie Raucher/in?</b> wenn ja, wieviel? <input type="checkbox"/> < 10/Tag <input type="checkbox"/> 10 -20/Tag <input type="checkbox"/> > 20/Tag		ja	nein
13	<b>Trinken Sie alkoholische Getränke?</b> wenn ja, wieviel? <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig		ja	nein
14	<b>Hatten Sie oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten/Risikofaktoren</b> welche?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>
	Atemwegserkr.	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmerkr.	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
	Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>
	Leberleiden	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
	Anämie	<input type="checkbox"/>	Immundefizit	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>
	Burn out	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	HIV pos./AIDS	<input type="checkbox"/>
			Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
			Blutdruckwerte, falls bekannt.....	
			Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>
			Erkrankungen d. Niere/Blase	<input type="checkbox"/>
			Hautausschläge	<input type="checkbox"/>
			Neuralgie	<input type="checkbox"/>
			Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/>
			Arthrose (Gelenkerkrankung)	<input type="checkbox"/>
			Erkrankung der Schilddrüse	<input type="checkbox"/>
			Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>
	Sonstige Erkrankungen:.....			

