

Anamnesebogen

Was ist ihr Anliegen bzw. was stört Sie an ihrer Zahn- bzw. Kieferstellung?

Haben Sie:

- Herz- oder Kreislaufstörungen? ja nein
 - Blutkrankheiten bzw. Schwierigkeiten mit langem Bluten ja nein
 - Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselkrankheiten? ja nein
 - Asthma, Heuschnupfen, Nahrungsmittel- oder andere Allergien? ja nein
- Wenn ja, welche Allergien? _____
-

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente oder Heftpflaster? ja nein

Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus/in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, Grund der ärztlichen Behandlung/Krankenhausaufenthaltes: _____

Wurden Sie operiert? ja nein

Wenn ja, welche Operation? _____ Wann? _____

Hatten Sie oder ein Angehöriger Gelbsucht (Hepatitis) ja nein

oder eine andere schwere Infektionskrankheit (HIV, TBC) ja nein

Name der/des behandelnden Haus- oder Fachärztin/-arztes: _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viel? _____

Schnarchen Sie? ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Haben Sie eine spezielle Ernährungsform? (Vegetarisch, Vegan, o.ä.) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Waren Sie in logopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum _____ Wann? _____

Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen? ja nein

Waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum _____ Wann? _____

Sollte sich Ihre Gesundheitsanamnese ändern, bitten wir um unverzügliche Bekanntgabe!

Für weitere Informationen empfehlen wir unsere Homepage www.kfo-charlottenburg.de

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

Berlin, den _____ Unterschrift: _____

Schöne, gesunde Zähne – gut lachen!