

Anamnesebogen Zentrum für Zahngesundheit

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße: _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Beruf: _____



Zutreffendes bitte ankreuzen:

JA Nein

Sind Sie mit dem Aussehen ihrer Zähne zufrieden?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche?

Sind Sie herzkrank?

Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Gerinnungsstörung?

Sind Sie an einem Tumor, Geschwulst oder Krebs operiert oder bestrahlt worden, oder erhielten

Sie eine Chemotherapie?

Leiden Sie an einer infektiösen Erkrankung?

z.B.: TBC, HIV Hepatitis?

Leiden Sie unter Asthma / Allergien?

haben Sie Diabetes?

Besteht eine Schwangerschaft?

Rauchen Sie?

Mannheim, den

Unterschrift