

# Anamnese

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Allergische Reaktionen/ Medikamentenüberempfindlichkeit ja  nein

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja  nein

Atemwegserkrankungen ja  nein

Stoffwechselerkrankungen ja  nein

Diabetes ja  nein

Magen-Darm-Erkrankung ja  nein

Grüner Star (Glaukom) ja  nein

Rheuma ja  nein

Osteoporose ja  nein

Blutgerinnungsstörungen ja  nein  Herzpass ja  nein

Herzerkrankung/ Herzschwäche ja  nein

Wenn ja, welche?

Herzschrittmacher ja  nein  Hoher Blutdruck ja  nein

Infektionskrankheiten ja  nein

Hepatitis A  B  C  ja  nein

Immunmangel-Syndrom (HIV) ja  nein

Tuberkulose ja  nein

Nierenerkrankungen ja  nein

Lebererkrankungen ja  nein

Depression/ Erkrankung des Nervensystems ja  nein

Anfallsleiden (Epilepsie) ja  nein

Tumorerkrankungen (Chemo-/ Strahlentherapie) ja  nein

Andere Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja  nein

Wann war die letzte Röntgenaufnahme im Zahn-/ Mundbereich?

Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein

## Professionelle Zahnreinigung

Haben Sie Interesse an professioneller Zahnreinigung (PZR)? ja  nein

Haben Sie Interesse an unserem kostenlosen Prophylaxe-Erinnerungsservice (Recall)? ja  nein

Haben Sie Interesse an einer Beratung über Zahnimplantate? ja  nein

**Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werde ich dem behandelnden Arzt unverzüglich mitteilen.**

Berlin, den

(Datum)

(Unterschrift)