

Anamnesebogen der Zahnarztpraxis Dr. Christian und Dominik Wurm

Name	Straße
Vorname	Ort
Geburtsdatum	Telefon

leiden Sie an	ja	nein	ggf. ergänzende Angaben
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen (COPD...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star (erh. Augeninnendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- haben Sie einen Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Endocarditisprophylaxe nötig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (AIDS, Hepatitis...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber-/Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- speziell Blutverdünner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Hinweis zum Datenschutz

Die Erhebung der Daten erfolgt nach Art. 9 Absatz 2 h DSGVO

Ihre betroffenen Rechte sowie sonstige Informationen zum Datenschutz gemäß Art 13 DSGVO finden Sie in unseren Informationspflichten als Aushang im Wartezimmer bzw. erhalten Sie diese an der Anmeldung