

# Anamnesebogen

Dr. Christoph Leibl & Dr. Ludwig Leibl

Dieses Anamnese-Formular dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie es aufmerksam durch und füllen es anschließend sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Teilen Sie uns bitte auch bei künftigen Besuchen Änderungen Ihres Gesundheitszustandes selbstständig mit.

<b>Vorname:</b>	<b>Nachname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Telefonnummer:</b>
<b>Anschrift:</b>	
<b>E-Mail Adresse:</b>	<b>Hausarzt:</b>
<b>Name der Krankenkasse/ Versicherung:</b>	
<b>Beruf:</b>	<b>Arbeitgeber:</b>

## Im Falle einer Familienversicherung:

<b>Vorname:</b>	<b>Nachname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Telefonnummer:</b>
<b>Anschrift:</b>	

## Kontakt im Falle eines Notfalles:

	Ja	Nein
Besteht ein Pflegegrad? Stufe?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn Ja welche?		
Haben Sie Herz- Kreislauferkrankungen?		
Leiden Sie unter einem Herzfehler?		
Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt? Wann?		
Besitzen Sie einen Herzschrittmacher?		
Hatten Sie bereits einen Schlaganfall? Wann?		
Leiden Sie unter Bluthochdruck?		
Neigen Sie zu niedrigem Blutdruck?		
Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? (Hämophilie)		
Haben Sie eine o. mehrere Bluterkrankungen? (Leukämie, Anämie...)		
Besteht eine HIV Infektion?		
Ist Ihnen eine Hepatitis Erkrankung bekannt? A B C		
Leiden Sie unter einer Diabetes Erkrankung?		
Sind Sie Asthma- oder Lungenerkrankt?		
Neigen Sie zu Epilepsie / Krampfanfälle?		
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?		
Besteht/bestand eine Krebserkrankung oder bekommen/bekamen Sie eine Chemo- oder Radiotherapie?		
Wenn ja wann?		
Leiden Sie unter Osteoporose?		
Haben Sie Chronische Magen-/ Darm-/ Nierenerkrankungen?		

Bitte beachten Sie auch die zweite Seite! →

