



## Anamnesebogen

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ spezielle Belastungen: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Impfungen: \_\_\_\_\_

Rauchen:  ja  nein Alkohol:  ja  nein  gelegentlich

Operationen/Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

Sind Zahnbehandlungen geplant oder sind sie derzeit in Behandlung? \_\_\_\_\_

Leiden Sie oder litten Sie unter einer Krebserkrankung?  ja  nein  
Wenn ja, welche Therapien wurden gemacht?

Leiden Sie unter einer neurologischen Erkrankung wie Epilepsie (Krampfanfälle), Migräne, Multiple Sklerose?

ja  nein \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer psychiatrischen Erkrankung wie zb. Depression, Schizophrenie, Essstörung?

ja  nein \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter HIV, Borreliose, Gürtelrose, Hepatitis oder einer anderen infektiösen Erkrankung?

ja  nein \_\_\_\_\_

Warum sind sie hier: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift