

Anamnesebogen

Name: Vorname:

Beruf: Alter: Größe: Gewicht:

Aktuelle Erkrankung bzw. Beschwerden?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Besteht eine Unverträglichkeit
gegen bestimmte Medikamente?

Haben Sie Allergien?

Alkoholkonsum? Zigarettenkonsum?

Kinderkrankheiten?

Welche Impfungen haben Sie? Zutreffende bitte anhaken:

| Mumps | Masern | Röteln | Diphtherie | Tetanus | Polio |

| Zecken | Windpocken | Meningokokken | Pneumokokken |

Andere?

Abgelaufene/chronische Erkrankungen?

Infektionskrankheiten
(z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Herpes, etc.)?

Bisherige Operationen?

Haben Sie eine Zahnprothese?

Schwere Erkrankungen in der Familie?

Mit meiner Unterschrift erkläre
ich mich mit der elektronischen
Speicherung meiner persön-
lichen Daten und Angaben
gemäß DSGVO einverstanden.

.....

Unterschrift

.....

Ort und Datum