Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Um die, für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente- und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

DG 2011 Kft

Dental German 2011 Kft
Matyas kiraly ut 5.
HU - 9900 Kormend

+36 70 606 11 15

Vorname: _____
Familienname: _____
Geburtsdatum: _____

Strasse: _____
Plz / Ort: _____
Land: _____

Telefonkontakt Festnetz: _____
Telefonkontakt Mobile: _____

Mailadresse: _____

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? **Ja** **Nein**
Name und Anschrift Ihres Arztes: _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine dieser Erkrankungen?			**Falls Sie mit Ja antworten, bitte ergänzende Angaben machen**
1. Medikamentempfindlichkeit /Allergie	Ja	Nein	
2. Allergie ***(welche)***	Ja	Nein	
3. Anfallsleiden ***(Epilepsie)***	Ja	Nein	
4. Atemwegserkrankungen ***(welche)***	Ja	Nein	
5. Blutgerinnungsstörung	Ja	Nein	
6. Diabetes ***(welcher Typ)***	Ja	Nein	
7. Glaukom ***(erhöhter Augendruck)***	Ja	Nein	
8. Schilddrüsenerkrankungen	Ja	Nein	
9. **Herz-Kreislauf-Erkrankung**	Ja	Nein	
9.1 Herzinsuffizienz	Ja	Nein	
9.2 Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris	Ja	Nein	
9.3 Herzinfarkt	Ja	Nein	
9.4 Herzrhytmusstörungen	Ja	Nein	
9.5 Herzschrittmacher	Ja	Nein	
9.6 Herzklappenfehler/-Ersatz	Ja	Nein	
9.7 Bluthochdruck	Ja	Nein	
9.8 niedriger Blutdruck	Ja	Nein	
9.9 Mangeldurchblutung/ Schlaganfall	Ja	Nein	
10. **Infektionskrankheiten**	Ja	Nein	
10.1 Hepatitis/Tuberkolose	Ja	Nein	
10.2 AIDS/HIV	Ja	Nein	
11. Lebererkrankungen	Ja	Nein	
12. Magen-Darm Erkrankungen	Ja	Nein	
13. **Nierenerkrankungen**	Ja	Nein	
13.1 Chronische Niereninsuffizienz	Ja	Nein	
13.2 Dialyse	Ja	Nein	
14. Osteoporose	Ja	Nein	
15. Rheumatoide Arthritis	Ja	Nein	
16. Tumorerkrankungen	Ja	Nein	
17. Frühere Operationen? ***(welche)***	Ja	Nein	
18. Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein	
19. Nehmen Sie Medikamente? ***(welche)***	Ja	Nein	

Datum / Unterschrift _____