



Fragen zur allgemeinen Anamnese

Name: _____ geb. Datum: _____

Str. _____

PLZ _____ Ort: _____

Beruf / Arbeitsplatz _____

Größe _____, Gewicht _____

Eigen Geburt: (Kaiserschnitt, Wehentropf?)

Kinderkrankheiten:

Vorerkrankungen:

Krampfanfälle:

Erbkrankheiten in der Familie:

Allergien:

Impfungen / Bluttransfusion:

Brüche:

Unfälle:

Bagatellunfälle:

Operationen:

Zahnoperationen, Brücken, Kronen, Wurzelbehandlungen, Kieferorthopädie:

Suchtmittel: Alkohol - ja ☐, Rauchen - ja ☐, Kaffee - ja ☐, Drogen - ja ☐
Menge: