



Dr. Dorothea Brinkmann  
 Fachzahnarztpraxis für Oralchirurgie  
 Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie  
 Skagerakstraße 17  
 26603 Aurich  
 04941 / 969 45 00  
 kontakt@dr-brinkmann-aurich.de

# ANAMNESEBOGEN

Patient /-in:   
 Name, Vorname  männlich  weiblich Geburtsdatum:

Versicherter:  
 (falls abweichend)   
 männlich  weiblich Geburtsdatum:

Anschrift:   
 Straße / Nr.  PLZ / Ort

Telefon:  Email:

Mobil:  Beruf:

Zahnarzt:  Hausarzt:

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (Herzinsuffizienz, Infarkt, Klappenersatz) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                 |
| <input type="checkbox"/> Stent / Bypass  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                      |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck               |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)                                  | <input type="checkbox"/> Grüner Star                       |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Magen- / Darmerkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Chemotherapie / Bestrahlung       |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen   | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)         |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen (Asthma)                               | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber- /-unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen         |

Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? (z.B. Zometa, Fosamax, Ostac)

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Aids, Tuberkulose) Wenn ja, welche?

Haben Sie künstliche Gelenke? Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? (Penicillin, Jod, Latex)

Besteht eine Blutgerinnungsstörung? (Hämophilie, Anämie) Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat?

Sind Sie drogen- / alkoholabhängig?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Andere Erkrankungen:

Datum / Unterschrift