

Anamnesebogen unserer Praxis

POLISH

 **MAXIMILIAN HERPICH**
Zahnarztpraxis im Westpark

1

Patient

Nazwisko

Imię

data urodzenia

Bardziej legalne przedstawiciel / kierownik

Nazwisko

Imię

data urodzenia

Adresse

Ulica

miejsce zamieszkania

Kod pocztowy

Numer telefonu

Mobil

Adresse E-Mail

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole

Ma lub miał pacjent alergię?

astma

choroba serca lub układu krążenia

choroba nerek

problemy z krwią

choroby zakaźne (AIDS, żółtaczka, gruźlica, tuberculose.)

padaczka

cukrzyca

ma Pan/Pani inne choroby

Czy masz prawo do opieki?

Jeśli tak, to na jakim poziomie?

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole

Lekarz rodzinny

bierze Pan/Pani lekarstwa (jakie)?

 Czy palisz papierosy? _____ Jeśli tak, ile? jest Pani w ciąży?