

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um Ihre Behandlung optimal durchführen zu können, bitten wir Sie jede Frage zu
beantworten und das Zutreffende anzukreuzen.

Name.....

Anschrift.....

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Tel. (privat)..... (mobil).....

Tel. (dienstl.).....

Haben Sie gegenwärtig Allgemeinbeschwerden? ja nein
Wenn ja, welche?

Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen oder Behandlungen?

- Herzerkrankungen, Herzschwäche, Rhythmusstörung
(z.B. Herzfehler, Herzbeschwerden, Angina pectoris,
Herzinfarkt, Herzoperationen, Herzschrittmacher) ja nein
- Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck,
nied. Blutdruck, Kreislaufbeschwerden,
Anschwellen der Knöchelregion) ja nein
- Atemwegserkrankungen (z.B. Atemnot, Asthma,
Dauerhusten, Tuberkulose, andere Lungenerkrankungen) ja nein
- Augenerkrankungen ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Rheuma, Arthritis (Gelenkentzündung) ja nein
- Osteoporose ja nein
- Diabetes ja nein

- Magen-Darm-Erkrankung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
(z.B. Über- oder Unterfunktion, Kropf)
- Leberleiden, Gelbsucht, Hepatitis ja nein
- Blutkrankheiten, Gerinnungsstörung ja nein
- HIV-Infektion ja nein
- Nervenerkrankungen (z.B. Krampfanfälle, Lähmungen) ja nein
- Epilepsie ja nein
- Tumorerkrankung ja nein
- Depression ja nein
- Haben Sie eine Allergie? ja nein
Wenn ja, worauf?

- Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? ja nein

Reagieren Sie auf ein Medikament überempfindlich? ja nein
Wenn ja, auf welches?

Wurden Operationen durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche?

Beobachten Sie Mundgeruch? ja nein

Beobachten Sie längere Blutungen nach Verletzungen? ja nein

Schnarchen Sie? ja nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?.....

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Halsbereich geröntgt? ja nein

Dürfen Medikamente, die Alkohol enthalten, angewendet werden
(z.B. Mundspüllösungen)? ja nein

Datum / Unterschrift