



# 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
- Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? ja  nein

Haben Sie eine Allergie? ja  nein   
 Wenn ja, worauf?

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

Ist eine Pflegestufe vorhanden? ja  nein   
 Wenn ja, welche?

Datum / Unterschrift .....