

# Anamnesebogen



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

Zahnezusatzversicherung \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

Herz-/Kreislaufkrankungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herzklappenerkrankung/-ersatz Herzinfarkt, Angina Pectoris Endokarditis-Prophylaxe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bluthochdruck (Hypertonie) \_\_\_\_\_

Bypass/Stent/Herzschrittmacher \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) \_\_\_\_\_

Immunschwäche (HIV/AIDS) \_\_\_\_\_

Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C) \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_

Diabetes (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_

Tumorerkrankung \_\_\_\_\_

Osteoporose \_\_\_\_\_

Anfallsleiden (Epilepsie) \_\_\_\_\_

Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rheuma \_\_\_\_\_

Nierenfunktionsstörung \_\_\_\_\_

Augenerkrankung (Glaukom - grüner Star) \_\_\_\_\_

Bitte wenden

# Anamnesebogen



Magen-Darm-Erkrankung \_\_\_\_\_

Einnahme von Bisphosphonaten \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen/Infektionen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft (ja / vielleicht / nein )

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel(Plavix), ASS) ein?

welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? (wieviele pro Tag: \_\_\_\_\_ )

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu blauen Flecken? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kieferbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

( Sollte die letzte Röntgenaufnahme in dieser Praxis erfolgt sein, sehen wir gerne für Sie nach )

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient