



Allgemeiner Anamnesebogen - deutsch -

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Telefon/Handynummer.....

Ist oder war eine Versicherung vorhanden? Ja, bei..... nein

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

- 1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen... Ja Nein
3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Ja Nein
5. Haben Sie eine... Ja Nein
6. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein

- | | | |
|---|----|------|
| 7. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? | | |
| – Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? | Ja | Nein |
| – Lebererkrankungen? | Ja | Nein |
| – Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? | Ja | Nein |
| – Zu hoher Blutdruck? | Ja | Nein |
| – Zu niedriger Blutdruck? | Ja | Nein |
| – Schlaganfall? | Ja | Nein |
| – Nierenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Diabetes? | Ja | Nein |
| – Schilddrüsenerkrankung? | Ja | Nein |
| – Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | Ja | Nein |
| – Nervenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? | Ja | Nein |
| 8. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? | Ja | Nein |
| Wenn ja, in welchem Körperbereich? | | |
| 9. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? | Ja | Nein |
| 10. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? | Ja | Nein |
| 11. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? | Ja | Nein |
| 12. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
Allgemeinleiden durchgeführt worden? | Ja | Nein |
| 13. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
In welchem Körperbereich? | | |
| 14. Bei Frauen: | | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | Ja | Nein |
| Wenn ja, in welchem Monat?..... | | |
| 15. Name und Anschrift des Hausarztes:.....
..... | | |

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten