



ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:.....
Geburtsdatum:..... Telefon:.....
Anschrift:..... Mobil:.....
..... Versicherung:.....
..... Beruf:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!)

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. | Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2.1 | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Macumar)?
Wenn ja, welche?..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3.1 | Besitzen Sie einen Allergiepaß? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
Bei bestimmten Materialien? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Bei bestimmten Arzneimitteln? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | Haben Sie eine
Penicillinallergie? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Jodallergie? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Latexallergie? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. | Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
Wenn ja, welche?..... | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Angeborene oder erworbener Herzfehler? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Herzoperationen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| | Haben Sie einen Herzschrittmacher | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |



5. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? Ja Nein
 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
 Magen-Darmerkrankung? Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
 Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja Nein
 Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja Nein
 Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
 Nervenerkrankungen? Ja Nein
 Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja Nein
6. Sonstige Erkrankungen? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

- 7.1 Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein
 In welchem Körperbereich?

- 7.2 Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein
 7.3 Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein
 7.4 Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein
 7.5 Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
 Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein
8. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
 In welchem Körperbereich?
9. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem Monat?.....
10. Name und Anschrift des Hausarztes:.....

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten