



Praxisstempel

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:.....

Vorname:.....

Geb.datum:.....

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 | Nein |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| 4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche?.....
..... | Ja | Nein |
| 5. Besitzen Sie einen Allergiepass? | Ja | Nein |
| 6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
– Bei bestimmten Materialien? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Arzneimitteln? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Ja | Nein |
| 7. Haben Sie eine
– Penicillinallergie? | Ja | Nein |
| – Jodallergie? | Ja | Nein |
| – Latexallergie? | Ja | Nein |

8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein
 Wenn ja, welche?.....

- Angeborener oder erworbener Herzfehler? Ja Nein
 - Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja Nein
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein
 - Herzoperationen? Ja Nein
 - Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

9. 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
 - 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
 - Sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja Nein
 Wenn ja, in welchem Körperbereich?
-

11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein

12. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja Nein

13. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein

14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
 Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein

15. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
 In welchem Körperbereich?
-