



ANAMNESEBOGEN

Patienten-Nummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und füllen diesen Bogen sorgsam aus. Das hilft uns für Sie geeignete Medikamente und die bestmöglichen Behandlungsverfahren auszuwählen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten fragen Sie uns gerne!

Herz/Kreislauf nein

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung | |
| <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung | |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> oder | | |

Allergien nein

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> oder | |
| <input type="checkbox"/> Allergiepass vorhanden? | | | |

Nerven/Gemüt nein

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Angstzustände | |
| <input type="checkbox"/> oder | | | |

Atemwege/Lunge nein

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Lungenemphysem | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe | <input type="checkbox"/> schnarchen Sie? |
| <input type="checkbox"/> oder | | | |

Gefäße nein

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | |
| <input type="checkbox"/> oder | | | |

Blut nein

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Nachbluten nach Operationen | | |
| <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten | <input type="checkbox"/> blaue Flecken auch ohne Verletzung | | |
| <input type="checkbox"/> oder | | | |

Leber nein

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> oder | | |

Nieren nein

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig | |
| <input type="checkbox"/> oder | | | |

Magen/Darm nein

- Verdauungsstörungen Sodbrennen Refluxkrankheit Geschwür
 oder

Augen nein

- Grüner Star grauer Star starke Einschränkung der Sehkraft
 Blindheit oder

Skelettsystem/Knochen nein

- Osteoporose Gelenkerkrankungen künstliche Gelenke
 Muskelerkrankungen Fibromyalgie oder
 wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? Wann?
Wegen welcher Erkrankung? Mit welchem Präparat:

Stoffwechsel nein

- Zuckerkrankheit Diabetes Typ1 Typ2 Schilddrüsenfehlfunktion
 oder

Andere Erkrankungen oder Behinderungen nein

- Tumorerkrankungen oder

Frühere Operationen nein

- Wann, wo?

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche?

Befinden Sie sich z.Z. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung?

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen z.B. bei nein

- Spritzen Medikamenten, welche
 andere

Auffälligkeiten im Zahn/Mundbereich nein

- Temperaturempfindliche Zähne Zahnfleischbluten
 Zahnverluste durch Karies Zahnverlust durch Zahnlockerung
 oder

Wann wurde zuletzt ein Röntgenbild von den Zähnen angefertigt?

Falls sich an Ihren Krankheiten oder Medikamenten etwas ändern sollte, informieren Sie uns bitte vor der nächsten Behandlung!

Datum

Unterschrift