



## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

### Herz+Kreislauf

- hoher Blutdruck
  - niedriger Blutdruck
  
  - Angina Pectoris
  - Herzinfarkt
  - Herzschrittmacher/Herzklappenersatz
  - Herzschwäche (Insuffizienz)
  - Herzmuskelentzündung
  - Rhythmusstörungen
- oder \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Gefäße

- Schlaganfall
  - Thrombosen
  - Durchblutungsstörungen
  - Krampfadern
- oder \_\_\_\_\_

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?

Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wann? Mit welchem Präparat? \_\_\_\_\_

### Atmung

- chronische Bronchitis
  
  - Lungenentzündung
  - Tuberkulose
  - Asthma
  - COPD
    - Lungenemphysem
  - Schlafapnoe
    - Schnarchen Sie?
- oder

### Bewegungsapparat

- Osteoporose
  - Gelenkerkrankungen
  - Muskelerkrankungen
  - Fibromyalgie
  - Rheuma
- oder \_\_\_\_\_

## Blut

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten

## Leber

- Leberzirrhose
  - Hepatitis  A  B  C  Schilddrüsenerkrankungen
  - Gelbsucht
- oder \_\_\_\_\_

## Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
  - Schilddrüsenerkrankung
- oder \_\_\_\_\_

## Magen/Darm

- Verdauungsstörungen
  - Sodbrennen
  - Reflux-Krankheit
  - Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

## Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
  - Lähmungen
  - Depressionen
  - Angstzustände
- oder \_\_\_\_\_

## Allergien

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
  - Antibiotika
  - Schmerzmittel
  - Jod
  - Latex (z.B. in Gummihandschuhen)
  - Metalle
- welche \_\_\_\_\_

- Allergiepass vorhanden
  - ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen
  - Spritzen  Medikamenten
- welche \_\_\_\_\_

## Regelmäßige Medikation

- Blutdruckmedikamente
  - Herzmedikamente
  - Schmerzmittel
  - Rheumamittel
  - Antidiabetika
- welche \_\_\_\_\_

## Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
  - AIDS, HIV
  - Bestrahlung, Chemotherapie
- oder \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen

- Tumorerkrankungen, z.B. Brust-/Prostatakrebs
- oder \_\_\_\_\_

## Auffälligkeiten im Zahn-, Mund-, Kieferbereich

- temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderung der Zähne
- Zahnsperre in der Vergangenheit
- Mundtrockenheit
- Parodontitis

## Weitere Angaben

- Sind Sie schwanger?  
Welche Schwangerschaftswoche  
\_\_\_\_\_

- Rauchen Sie?  
Wie viel durchschnittlich pro Tag?  
Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?

- Sind Sie drogen- o. alkoholabhängig?  
\_\_\_\_\_

- Mein Hausarzt:

## Gerinnungshemmende Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen

- Aspirin / ASS
- Marcumar / Phenprocoumon
- Plavix / Iscover / Clopidogrel
- Ticlopidin
- Pradaxa, Dabigatran, Xarelto

**Bitte teilen Sie uns Änderungen der oben gemachten Angaben in Ihrem eigenen Interesse immer mit. Wir danken für Ihre Mithilfe.**

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_