



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 _____