

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Geb.datum:.....

Adresse:.....

Telefon:..... Beruf:.....

Krankenkasse:..... Zusatzversicherung:.....

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes unterstreichen!)

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung & warum?..... | 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. Haben Sie Allergien?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| 6. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| – Angeborener oder erworbener Herzfehler? | Ja | Nein |
| – Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? | Ja | Nein |
| – Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? | Ja | Nein |
| – Herzoperationen? | Ja | Nein |
| – Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja | Nein |
| 7. 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 |
8. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein
9. Leiden Sie unter folgenden Beschwerden
- | | | |
|--------------------------------------|----|------|
| - Zahnfleischbluten | Ja | Nein |
| - Migräne/ Kopf-/ Nackenschmerzen | Ja | Nein |
| - Knirschen/ Kiefergelenkbeschwerden | Ja | Nein |
| - Mundgeruch | Ja | Nein |
| - Sonstiges | Ja | Nein |
10. Trat nach einer Zahntfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein
11. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
12. **Bei Frauen:**
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Wenn ja, in welchem Monat?
13. Rauchen Sie? Ja Nein
- Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?
14. Name und Anschrift des Hausarztes:.....
.....
15. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle, Professionelle Zahnreinigung etc.)?.....
.....
- 16. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:**
- **Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten