

Anamnesebogen

Patient

Pat.-Nr. :

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Wohnort
Tel. privat	Tel. dienstlich		Beruf
Überweisender Arzt		Abweichend Hausarzt/Hauszahnarzt	
		Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Privatversicherung		<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
		<input type="checkbox"/> Beihilferechtigung	
		<input type="checkbox"/> Pflegestufe Grad:	

Versicherter

nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert ist

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Ort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche 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, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

		ja	nein			ja	nein
1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Kieferhöhlenentzündungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nierenerkrankung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene oder erworbene Herzfehler, Herzoperationen, Herzklappenfehler/ -prothesen, Endokarditis (Herzinnenhautentzündung), Haben Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator, Bypass, Stent?				- Magen-Darmerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Haben Sie einen Herzpass?				5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen z.B. ASS (<i>Aspirin, Godamed, ASS</i>) Clopidogrel (<i>Plavix, Iscover</i>), Prasugrel (<i>Efient</i>), Ticlopidin (<i>Tiklyd</i>), Ticagrelor (<i>Brilique</i>) Marcumar, Coumadin, Sintrom, Dabigatran (<i>Pradaxa</i>), Apixaban (<i>Eliquis</i>), Rivaroxaban (<i>Xarelto</i>), Endoxaban (<i>Lixiana</i>)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis/ AIDS)? Falls ja, welche: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Nehmen Sie Medikamente ein/ Infusionen? Falls ja, welche: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
- Allergien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Knochenhärtende Infusionen bei Metastasen oder schwerer Osteoporose durch Antiresorptiva, Bisphosphonate: Z.B. Xgeva, Prolia, Zometa, Aclasta, Fosamax...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche: _____				9. Wurde bei Ihnen wegen eines Tumors eine Bestrahlung im Kieferbereich durchgeführt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schilddrüsenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stillen Sie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma/Lungenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sonstige Erkrankungen: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nervenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Rauchen Sie? Anzahl/ Tag: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lebererkrankungen/Gelbsucht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- Osteoporose/Knochenerkrankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- Rheuma/rheumatisches Fieber		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Bitte beachten! Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum/ Unterschrift