

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Telefonnr.: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Versicherung: _____

Arbeitgeber: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | 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, Eliquis, Xarelto)?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| 4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
Wenn ja, welche?..... | Ja | Nein |
| 5. Besitzen Sie einen Allergiepass? | Ja | Nein |
| Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Materialien? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Arzneimitteln? | Ja | Nein |
| – Bei bestimmten Nahrungsmitteln? | Ja | Nein |
| -- Bei Haushaltsreinigern ? | Ja | Nein |
| 6. Haben Sie eine | | |
| – Penicillinallergie? | Ja | Nein |
| – Jodallergie? | Ja | Nein |
| – Latexallergie? | Ja | Nein |

- | | | |
|--|----|------|
| 7. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche?..... | | |
| | | |
| – Angeborener oder erworbener Herzfehler? | Ja | Nein |
| – Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? | Ja | Nein |
| – Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? | Ja | Nein |
| – Herzoperationen? | Ja | Nein |
| – Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja | Nein |
| 8. 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 |
| - Bisphosphonate : aktuelle Einnahme/ in der Vergangenheit? | Ja | Nein |
| - Endokarditisprophylaxe erforderlich? | Ja | Nein |
| - Sonstige Erkrankungen? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| | | |
| 9. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? | Ja | Nein |
| Wenn ja, in welchem Körperbereich? | | |
| | | |
| 10. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? | Ja | Nein |
| 11. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? | Ja | Nein |
| 12. Trat nach einer Zahntfernung eine Nachblutung auf? | Ja | Nein |
| 13. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? | | |

14. **Bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?.....

15. Name und Anschrift des Hausarztes:.....

.....

.....

16. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?.....

.....

17. **Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:**

- **Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

X.....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

