

ANAMNESEBOGEN



Name (Patient): _____ Geb. Datum: _____
Name (Versicherter): _____ Geb. Datum: _____
Adresse: _____ Tel. Privat: _____
Beruf: _____ Tel. Berufl.: _____
Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

	Ja	Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen:

	Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bluterkrankungen:

	Ja	Nein
Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kreislaufferkrankungen:

	Ja	Nein
zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Weitere Angaben:

	Ja	Nein
Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie frisch operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____	Ja	Nein
Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? Welcher Monat? ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel zur Zahnreinigung
benutzen Sie? _____

Allergien:

	Ja	Nein
Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erkrankungen des Nervensystems:

	Ja	Nein
epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunsystem:

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionskrankheiten:

	Ja	Nein
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Erkrankungen der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS, HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafverhalten:

	Ja	Nein
Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich morgens oft müde oder schlapp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lässt Ihre Konzentrationsfähigkeit tagsüber nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen nachts Atemaussetzer beobachtet worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen
Aufenthalt in unserer Praxis.

Datum/Unterschrift des Patienten