

Anamnesebogen

Dieser Anamnesebogen hilft uns zu erkennen, ob Erkrankungen zu beachten sind, die Einfluss auf Ihre Behandlung haben könnten. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe, indem Sie den Anamnesebogen sorgfältig ausfüllen.

Unsicher? Wenn Sie hierzu Fragen haben, können Sie sich gerne an uns oder an Ihren behandelnden Arzt wenden.

Verschwiegenheit. Sämtliche Fragen/Antworten werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Aktuelle Informationen. Sollte es während des Behandlungsablaufs neue Erkrankungen oder Änderungen in der Medikation geben, informieren Sie uns bitte umgehend.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Privat

Telefon Arbeit

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Behandelnder Zahnarzt

Behandelnder Hausarzt

Versicherung

Gesetzlich versichert

Privatversichert

Zusatzversicherung

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Allgemeine Situation

Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung
(kein Zahnarzt)

Waren Sie in letzter Zeit (1 Jahr) im Krankenhaus? Wenn ja, weswegen?

Haben Sie Allergien (Allergiepass)? Wenn ja, wogegen?

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen
Herzklappenersatz?

Haben Sie eine Herzschwäche oder unregelmä-
ßigen Herzschlag?

Leiden Sie an Angina Pectoris oder hatten Sie
einen Herzinfarkt?

Haben Sie einen Stent (mechanische Erweiterung
der Herzkranzgefäße)? Wenn ja, seit wann?

Leiden Sie an hohem oder niedrigem Blutdruck? Hoch Niedrig

Leiden Sie an Blutungsneigung?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente
(z.B. Aspirin/ASS 100, Marcumar, Heparin,
Fragmin, Clexane, Iscover, Plavix, Efient, Eliquis,
Pradaxa, Xarelto)? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Asthma oder Atemnot?

Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? Wie sind Ihre Zuckerwerte?

Haben Sie neurologische Erkrankungen
(Krampfleiden, Schlaganfall, Morbus Parkinson)?

Allgemeine Situation

Ja Nein

Haben Sie eine Augenerkrankung
(z.B. Engwinkelglaukom)?

Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung
(Gelbsucht, Hepatitis)?

Leiden Sie an Magen- oder Darmerkrankungen?

Hatten Sie eine Nierenerkrankung, sind Sie
dialysepflichtig?

Haben Sie Infektionskrankheiten
wie Hepatitis, HIV oder Tuberkulose?

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Schilddrüsenüber- oder
unterfunktion?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose,
Knochenschmerzen oder Knochenmetastasen?
(z.B. Alendron, Fosamax, Fosavance, Bonefos,
Clodron, Ostac, Elidronat, Bonviva, Pamidronat,
Ribrodonat, Actonel, Zometa, Denusomab)

Wenn ja, Tablette oder Spritze?

Leiden Sie an einer rheumatischen Erkrankung?

Leiden Sie an einer Erkrankung des
Immunsystems?

Besteht eine Schwangerschaft?

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel?

Trinken sie regelmäßig Alkohol?

Wenn ja, wieviel?

Allgemeine Situation

Welche Erkrankungen sind bekannt und auf was möchten Sie besonders hinweisen?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Kontakt:

Tel: 0 21 31 66 04 44

Fax: 0 21 31 66 04 41

info@praxisklinik-kaarst.de

www.praxisklinik-kaarst.de

Mir ist bekannt, dass ich nach einem operativen Eingriff kein Fahrzeug führen darf.

Datum

.....
Unterschrift (wird handschriftlich ausgefüllt)