

## Anamnesebogen

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_,

wir bitten Sie die unten aufgeführten Fragen nach ihrem besten Wissen zu beantworten und uns vor einer Behandlung über relevante Veränderungen zu informieren.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

### Herz und Kreislauf:

- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- \_\_\_\_\_

### Leber:

- Hepatitis A/B/C
- Gelbsucht
- Gallensteine
- Fettleber
- Leberzirrhose
- \_\_\_\_\_

### Augen:

- Blindheit
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Grüner Star (Glaukom)
- Grauer Star (Katarakt)
- \_\_\_\_\_

### Stoffwechsel:

- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- \_\_\_\_\_

### Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombose
- Krampfadern
- Durchblutungsstörungen
- \_\_\_\_\_

### Niere:

- Dialysepflicht
- Nierenentzündung
- Nierensteine
- \_\_\_\_\_

### Atemwege und Lunge:

- Schnarchen Sie?
- Schlafapnoe
- Asthma
- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- COPD
- Lungenemphysem
- Tuberkulose
- \_\_\_\_\_

### Nerven und Gemüt:

- Lähmungen
- Depressionen
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Angstzustände
- ...ich fühle mich oft antriebslos und erschöpft.
- \_\_\_\_\_

### Blut:

- oft blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Nachblutung nach Operationen
- Gerinnungsstörungen
- Gerinnungsstörungen bei Blutsverwandten
- \_\_\_\_\_

### Magen und Darm:

- Sodbrennen
- Verdauungsstörungen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- \_\_\_\_\_

### Knochen und Halteapparat:

- künstliche Gelenke
- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- \_\_\_\_\_

### Bisphosphonate:

- Nein
- Ja, aufgrund folgender Erkrankung:  
\_\_\_\_\_
- Präparat (z.B. Pamidron(säure), Zometa, Zoledron(säure), Bonviva, Actonel, Aclasta, Fosavance, Alendron(säure), Bondronat, Aredia): \_\_\_\_\_

**Allergien:**

- Schmerzmittel, welche?
- Antibiotika, welche?
- Latex
- Metalle, welche?
- Jod
- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel, welche?
- \_\_\_\_\_
- Ja, ich besitze einen Allergiepass.

**Immunschwäche:**

- AIDS/HIV
- Einnahme von Cortison
- Organtransplantation erhalten
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen:**

- Schwerhörigkeit
  - Tumorerkrankung (z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs)
- 

**Weitere Angaben:**

- Ich bin schwanger. \_\_\_Woche
- Ich rauche. \_\_\_Zigaretten/Tag
- Ich habe vor \_\_\_Monaten /Jahren mit dem Rauchen aufgehört.
- Ich trinke gelegentlich Alkohol. Wie oft?
  - a) jeden Tag
  - b) 3-4x/ Woche
  - c) eher unregelmäßig
  - d) \_\_\_\_\_
- Ich nehme gerinnungshemmende Medikamente (dauerhaft oder in den letzten Tagen) Präparat (z.B. Asperin/ASS, Brilique/Ticagrelor, Marcumar/Falithom/Phenprocoumon, Plavix/Isocover/Clopidogrel, Ticlopidin): \_\_\_\_\_

**Mund- und Zahnbereich:**

- Zahnfleischbluten
- temperaturempfindliche Zähne
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Kieferorthopädische Behandlung (z.B. Zahnspange)
- Zahnverlust durch Karies
- Zahnverlust durch Zahnlockerung
- Mundatmer

**Regelmäßige Medikamente:**

- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Antidiabetika
- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- welche? \_\_\_\_\_

**Zahnarztbesuch:**

- Zahnlockerung
- Zahnfleischbeschwerden (z.B. häufiges Zahnfleischbluten)
- Ja, es wurde schon einmal eine Parodontitistherapie durchgeführt.
- Antibiotika in den letzten 3 Wochen?**
- ständige ärztliche Behandlung? Weshalb?**
- letzte zahnärztliche Untersuchung? Wann?**

**Mein Hausarzt/ behandelnder Facharzt:**

Name:

Adresse:

Meine Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Verkehrstüchtigkeit nach einer Betäubung (Anästhesie) eingeschränkt ist.

---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift