



Anamnesebogen Patient/in

Name: _____ Vorname: _____ Geb. (TT.MM.JJJJ): _____

PLZ, Wohnort: _____ Tel.: _____

Straße, Nr.: _____ Beruf: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Überwiesen/empfohlen durch Zahnarzt/Arzt: _____

Bei Familienversicherten, bitte Angaben zur versicherten Person machen:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. (TT.MM.JJJJ): _____

Bitte geben Sie in Ihrem eigenen Interesse Erkrankungen gewissenhaft an (ja oder nein ankreuzen)

- Herz- und/oder Kreislauferkrankungen (Blutdruck) ja nein wenn ja, welche _____
- Ohnmachtsneigung ja nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
- Magen-Darm-Erkrankungen ja nein wenn ja, welche _____
- Erkrankungen der Leber (Hepatitis / Gelbsucht) ja nein wenn ja, welche _____
- Erkrankungen der Niere ja nein wenn ja, welche _____
- Rheuma ja nein
- Osteoporose ja nein
- Asthma / Lungenerkrankungen ja nein wenn ja, welche _____
- Anfallsleiden (Epilepsie) ja nein
- Depressionen, psychische Erkrankungen ja nein wenn ja, welche _____
- Ist eine HIV-Infektion (AIDS) bekannt? ja nein
- Erkrankungen des Blutes ja nein wenn ja, welche _____
(langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörung)
- Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung ja nein wenn ja, welche _____
- Sonstige besondere Erkrankungen: _____

Einnahme von Medikamenten

- Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (ASS, Marcumar, o. Ä.) ja nein wenn ja, welche _____
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein wenn ja, welche _____
(z.B. Actonel, Bone-Fos, Fosamax, Zometa)
- Allergien (Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber Medikamenten o. Ä.) ja nein wenn ja, welche _____
- Welche anderen Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Weitere Angaben

- Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? ja nein wenn ja, Ursache und Zeitpunkt _____
- Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wie viel _____
- Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? Datum: _____ Organ: _____

Für weibliche Patienten

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja , ich bin in der ____ . SS-Woche nein ungewiss

Die „Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis“ habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzverordnung zu.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten: _____

Dateiname: Anamnesebogen_2023_10_18	Erstellung (Name, Datum): SC, 18.10.2023	Freigabe (Name, Datum): Dr.PW, 13.11.2023
--	---	--