



Praxisstempel

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:.....

Geb.datum:.....

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 beigefügt. 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?

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar)?

4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

5. Besitzen Sie einen Allergiepass?

6. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?
 - Bei bestimmten Materialien?
 - Bei bestimmten Arzneimitteln?
 - Bei bestimmten Nahrungsmitteln?

7. Haben Sie eine
 - Penicillinallergie?
 - Jodallergie?
 - Latexallergie?

- | | | |
|---|----|------|
| 8. 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 |
| 9. 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 |
| – Sonstige Erkrankungen? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| | | |
| 10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? | Ja | Nein |
| Wenn ja, in welchem Körperbereich? | | |
| | | |
| 11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? | Ja | Nein |
| 12. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? | Ja | Nein |
| 13. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? | Ja | Nein |
| 14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
Allgemeinleiden durchgeführt worden? | Ja | Nein |
| 15. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
In welchem Körperbereich? | | |
| | | |

16. **Bei Frauen:**

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?.....

17. Name und Anschrift des Hausarztes:.....
.....
.....

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

19. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen möchten?
.....

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

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

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell sind

.....
Ort, Datum Unterschrift des Patienten