

Anamnese

Name : _____
 Vorname : _____
 Geburtstag : _____
 Straße : _____
 PLZ, Ort : _____
 E-Mail : _____
 Telefonnr. : _____
 Handy : _____

Um individuell auf Ihre Bedürfnisse im Hinblick auf Ihren Gesundheitszustand eingehen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Falls Sie sich bei einzelnen Fragen unsicher sind, sprechen Sie bitte vor der Behandlung uns an. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

A. Allgemeine Anamnese

ja nein

Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus/ in ärztl. Behandlung? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Ort)? _____ ja nein

Nehmen Sie **Medikamente**? ja nein

Falls ja, welche: _____

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**? ja nein

Plavix	<input type="checkbox"/>	Xarelto	<input type="checkbox"/>
Iscover	<input type="checkbox"/>	Pradaxa	<input type="checkbox"/>
ReoPro	<input type="checkbox"/>	Racemat	<input type="checkbox"/>
Brilique	<input type="checkbox"/>	Lixiana	<input type="checkbox"/>
Marcumar	<input type="checkbox"/>	Eliquis	<input type="checkbox"/>
Phenprocoumon	<input type="checkbox"/>	Aspirin/ASS	<input type="checkbox"/>

Bluten Sie lange nach einer Verletzung? ja nein

Vertragen Sie irgendwelche Medikamente **nicht**? ja nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie **Allergien**? Falls ja, wogegen? _____ ja nein

Haben Sie... ja nein

- zu **hohen** Blutdruck ja nein

- zu **niedrigen** Blutdruck ja nein

- eine **Herzerkrankung**? (z.B. Klappenfehler / oder Rhythmusstörung) ja nein

- einen **Herzklappenersatz** / eine **Herzklappenprothese**? ja nein

- einen **Herzschrittmacher**? Falls ja, seit wann? _____ ja nein

Wurden Sie schon einmal **am Herzen operiert**? Falls ja, wann? _____ ja nein

Hatten Sie schon einmal eine **Herzinnenhautentzündung** / **Endokarditis**? ja nein

ja nein

Haben / oder hatten Sie schon einmal ansteckende Krankheiten?

- **Hepatitis A, B, oder C / Gelbsucht** Falls ja, welche? _____
- **HIV(AIDS)**
- **Tuberkulose/ TBC**
- **Geschlechtskrankheiten**
- **Diabetes / Zuckerkrankheit**
- **Osteoporose / eine Knochenschwäche?**
- **Schilddrüsenerkrankung?** (z.B. Unter-/Überfunktion)
- **Bluterkrankungen?** (z.B. Anämie, Leukämie, Hämophilie)
- **Nierenerkrankungen?** (z.B. Niereninsuffizienz)
- **Atemwegserkrankungen?** (z.B. Asthma, Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung, COPD, wiederholte Lungenentzündung)
- **Nervenerkrankungen?** (z.B. Polyneuropathie, Parkinson)
- **Anfallsleiden?** (z.B. Epilepsie)
- **Psychische** Erkrankungen?
- **Magen-/Darmerkrankungen?** (z.B. Sodbrennen/Reflux, Gastritis, Magengeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Jemals eine **Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich** erhalten?
- **Sonstige Erkrankungen?** Falls ja, welche? _____
- _____
- _____
- **Rauchen** Sie? Wenn ja, wie viel? _____
- Sind Sie **schwanger?** Falls ja, welche SSW? _____

B. Zahnärztliche Anamnese

ja nein

- Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als **Problem?**
- Haben Sie **Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?**
- Leiden Sie unter **chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?**
- Benutzen Sie außer **Zahnbürste und Zahnpasta** noch andere **Mundhygienemittel?** Welche? _____
- Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____
- Würden Sie sich als einen **Angstpatienten** bezeichnen?
- Wann wurden Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt geröntgt? _____
- Haben Sie Beschwerden an den **Zähnen?**
- Haben Sie Beschwerden am **Zahnfleisch?**

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch bei uns?

- Kontrolle** **Beratung** **Schmerzen** **Überweisung**

Datum: _____

Unterschrift: _____