

# Anamnesebogen



## Persönliche Angaben

Name, Vorname: ..... Krankenkasse: .....  
Straße: ..... O Gesetzlich O Basistarif  
Wohnort: ..... O Privat O Zahnzusatzversicherung  
Versicherter(falls abweichend vom Patienten) .....  
Telefon (privat): .....  
Email:..... Beruf:.....  
Arbeitgeber:.....Behandelnder Hausarzt/Kieferorthopäde: .....

## Allgemeine Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen von Herz und Kreislauf	O ja O nein	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Angina
Atemwegserkrankungen	O ja O nein	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Atemnot
Infektionserkrankungen	O ja O nein	<input type="checkbox"/> HIV/ Aids <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> MRSA
Lebererkrankungen	O ja O nein	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Nierenerkrankungen	O ja O nein	<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Chron. Niereninsuffizienz
Stoffwechselstörungen	O ja O nein	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
Erkrankungen an Knochen/Skelettsystem	O ja O nein	<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Muskelerkrankung <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke
Erkrankungen von Magen, Darm	O ja O nein	.....
Haut-und/oder Geschlechtskrankheiten	O ja O nein	.....
Sonstige Erkrankungen	O ja O nein	<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Tumorleiden <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung <input type="checkbox"/> Suchterkrankung
Allergien (Arzneimittelunverträglichkeiten)	O ja O nein	.....
Besteht eine Schwangerschaft?	O ja O nein	welcher Monat?.....
Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein? Blutverdünnende Medikamente	O ja O nein	<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Xarelto, Plavix
Knochenstärkungsmittel(Bisphosphonate)	O ja O nein	.....
Sonstige Medikamente	O ja O nein	.....

## Zahnärztliche Anamnese

Rauchen Sie? O ja O nein pro Tag:.....  
letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung am: .....  
Wie alt ist vorhandener Zahnersatz (Prothesen/Kronen/Brücken)? .....  
Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung?  
O ja O nein .....

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter) \_\_\_\_\_