



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnesebogen

Röntgen

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf-/Kieferbereich geröntgt?

Ja Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Ja Nein

Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft

Ja Nein

Wenn ja, welche Woche/welcher Monat? _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Bekommen Sie schnell blaue Flecken?

Ja Nein

Leiden Sie unter schlecht heilenden Wunden?

Ja Nein

Leiden Sie an längeren Blutungen nach Verletzungen?

Ja Nein

Knirschen Sie

Ja Nein

Tragen Sie eine Aufbissbehelf/Schiene?

Ja Nein

Herz-, Kreislaufkrankungen

Niedriger Blutdruck

Hoher Blutdruck

Herzschrittmacher

Ja Nein

Endokarditis

Ja Nein

Herzklappenersatz

Ja Nein

Angina Petritois

Ja Nein

Schlaganfall

Ja Nein

Gerinnungsstörung

Ja Nein

Besitzen Sie einen Herzpass?

Ja Nein

Herzinfarkt

Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Herzfehler

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tumorleiden

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde es operiert?

Ja Nein

Chemotherapie

Ja Nein

Bestrahlung

Ja Nein

Datum

Unterschrift



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Vegetative und Chronische Erkrankungen

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Schwindel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Glaukom (grüner Star) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Multiple Sklerose (MS) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Depression, Angstzustände | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fühlen Sie sich körperlich stark belastet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Überfunktion | <input type="checkbox"/> Unterfunktion |
| Sonst. _____ | | |

Infektionskrankheiten

- HIV Hepatitis (A, B, C) Tuberkulose

Nehmen Sie regelmäßig

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmer(z.B ASS, Marcumar, Eliquis) | <input type="checkbox"/> Cortison |
| <input type="checkbox"/> Herzmedikamente <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bekommen oder bekommen Sie jemals eine Ja Nein

Bisphosphonattherapie?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Schnarchen Sie? Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Sind Sie allergisch / unverträglich gegen bestimmte Medikamente/Substanzen Ja Nein

(z.B Schmerzmittel, Penicillin, Jod, Latex, Lokalanästhetika) ?

Wenn ja, welche? _____

Möchten Sie, dass wir sie anschieben zur Vorsorgeuntersuchung? Ja Nein

- SMS Email Postkarten

Datum

Unterschrift