

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und bringen Sie bei schwerwiegenden Vorerkrankungen einen ärztlichen Bericht bzw. den Entlassungsbericht des Krankenhauses mit.

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_  Zahnzusatzversicherung  Beihilfe

Überweisender Arzt/Zahnarzt: \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht!**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung                   | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale         | <input type="checkbox"/> Würgereiz                            |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                      | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung          | <input type="checkbox"/> Gelenkersatz                         |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche                       | <input type="checkbox"/> Tuberkulose               | <input type="checkbox"/> Herpes                               |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                       | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung, Dialyse | <input type="checkbox"/> HIV positiv, AIDS                    |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP      | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Osteoporose, Bisphosphonattherapie   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz/-fehler          | <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star)                |
| <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe notwendig   | <input type="checkbox"/> Magen-, Darmerkrankung    | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle, Epilepsie, Depression |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung/-schrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung    | <input type="checkbox"/> Hepatitis B, Hepatitis C             |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Markumar, ASS, Plavix | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung           | <input type="checkbox"/> Regelmäßiger Alkoholkonsum           |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung                    | Welche? _____                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlungstherapie               | Warum? _____                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie                      | Warum? _____                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Allergien                          | Welche? _____                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung              | Welche? _____                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Rauchen Sie?                       | Wieviel? _____                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Drogen?                 | Welche? _____                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger?                | Welche Woche? _____                                |   |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Medikamente?            | Welche? _____                                      |   |

Ort, Datum

Unterschrift

