

## Anamnesebogen

Name:..... Adresse:.....

..... Geburtsdatum:.....

Tel.:.....

Sehr geehrte Patienten,

Krankheiten und Allergien können Auswirkungen auf ihre Behandlung haben. Bitte füllen sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird ihrer Kartei beigelegt und unterliegt der Schweigepflicht. Sollten sie Hilfe bei einzelnen Fragen brauchen, helfen wir ihnen gerne.

### Bitte kreuzen sie zutreffendes an!

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Waren sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? | JA | NEIN |
| 2. Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja , welche?.....                | JA | NEIN |
| 3. Nehmen sie Medikamente zur Blutverdünnung? (z.B. Marcumar)                      | JA | NEIN |
| 4. Neigen sie zu allergischen Reaktionen?  | JA | NEIN |
| – Bei bestimmten Medikamenten?   | JA | NEIN |
| – Bei bestimmten Materialien?  | JA | NEIN |
| – Bei bestimmten Nahrungsmitteln?  | JA | NEIN |
| 5. Haben sie eine  |    |      |
| – Penicillinallergie?  | JA | NEIN |
| – Jodallergie?   | JA | NEIN |
| – Latexallergie?   | JA | NEIN |
| – Nelkenallergie?  | JA | NEIN |
| – Nickelallergie   | JA | NEIN |
| – Chlorhexidinallergie?  |    |      |
| 5a. Gibt es einen Allergiepass den wir uns eventuell kopieren könnten?             | JA | NEIN |
| 6. Haben sie einen Herzschrittmacher?  | JA | NEIN |
| 7. Haben sie sonst Erkrankungen des Herzens?                                       |    |      |
| – Herzfehler? Oder Herzrhythmusstörungen?  | JA | NEIN |
| – Endokarditis?  | JA | NEIN |
| – Herzinfarkt?   | JA | NEIN |
| – Herzoperationen?   | JA | NEIN |

**Zahnarztpraxis Dr. Claudia Meyer und Dr. Katrin Meyer**

- |  |    |      |
|--|----|------|
| – Herzklappenfehler?   | JA | NEIN |
| 8. Sind sie im letzten Jahr operiert worden?                                       | JA | NEIN |
| Wenn ja, welche Operation?.....  |    |      |
| 9. Leiden oder litten sie an nachfolgenden Krankheiten?                            |    |      |
| – Osteoporose?   | JA | NEIN |
| – Infektionskrankheiten (z.B Tuberkulose, Hepatitis, HIV)?                         | JA | NEIN |
| – Lebererkrankungen?   | JA | NEIN |
| – Schlaganfall?  | JA | NEIN |
| – Zu hoher/niedriger Blutdruck?  | JA | NEIN |
| – MRSA Keim?   | JA | NEIN |
| – Nierenerkrankung ?   | JA | NEIN |
| – Diabetes?  | JA | NEIN |
| – Magen-Darmerkrankung?  | JA | NEIN |
| – Schilddrüsenerkrankung?  | JA | NEIN |
| – Rheuma/ rheumatisches Fieber?  | JA | NEIN |
| – Asthma?  | JA | NEIN |
| – Blutgerinnungsstörungen?   | JA | NEIN |
| – Blutkrankheiten?   | JA | NEIN |
| – Nervenerkrankungen?  | JA | NEIN |
| – Epilepsie?   | JA | NEIN |
| – Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?   | JA | NEIN |
| Sonstige?.....   |    |      |
| 10. Hatten sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?                             | JA | NEIN |
| 11. Haben sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen?                       | JA | NEIN |
| 12. Neigen sie zu Nachblutungen nach Zahnentfernung?                               | JA | NEIN |
| 13. Tragen sie regelmäßig eine Knirscherschiene?                                   | JA | NEIN |
| 14. Wann sind sie das letzte mal im Kopf-Gesichtsbereich geröntgt worden?<br>..... |    |      |
| 15. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?   | JA | NEIN |
| Wenn ja, welcher Monat?.....   |    |      |
| 16. Name und Anschrift des Hausarztes.....   |    |      |

