

**ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN**

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Telefon/Handynummer.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

**(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)**

- |  |                            |                                      |
|--|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche?.....   | Ja                         | Nein                                 |
| 2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?<br>Wenn ja, welche?.....   | Ja                         | Nein                                 |
| 3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?<br>Wenn ja, welche?.....   | Ja                         | Nein                                 |
| 4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?<br>– Bei bestimmten Materialien?<br>– Bei bestimmten Arzneimitteln?<br>– Bei bestimmten Nahrungsmitteln?   | Ja<br>Ja<br>Ja<br>Ja       | Nein<br>Nein<br>Nein<br>Nein         |
| 5. Haben Sie eine<br>– Penicillinallergie?<br>– Jodallergie?<br>– Latexallergie?   | Ja<br>Ja<br>Ja             | Nein<br>Nein<br>Nein                 |
| 6. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?<br>– Angeborener oder erworbener Herzfehler?<br>– Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese?<br>– Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)?<br>– Herzoperationen?<br>– Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja<br>Ja<br>Ja<br>Ja<br>Ja | Nein<br>Nein<br>Nein<br>Nein<br>Nein |

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 7. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?   |    |      |
| – Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)?  | Ja | Nein |
| – Lebererkrankungen?  | Ja | Nein |
| – Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)?  | Ja | Nein |
| – Zu hoher Blutdruck?   | Ja | Nein |
| – Zu niedriger Blutdruck?   | Ja | Nein |
| – Schlaganfall?   | Ja | Nein |
| – Nierenerkrankungen?   | Ja | Nein |
| – Diabetes?   | Ja | Nein |
| – Schilddrüsenerkrankung?   | Ja | Nein |
| – Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?   | Ja | Nein |
| – Nervenerkrankungen?   | Ja | Nein |
| – Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?   | Ja | Nein |
| 8. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?  | Ja | Nein |
| Wenn ja, in welchem Körperbereich? .....  |    |      |
| 9. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?   | Ja | Nein |
| 10. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?   | Ja | Nein |
| 11. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?  | Ja | Nein |
| 12. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem<br>Allgemeinleiden durchgeführt worden? | Ja | Nein |
| 13. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?<br>In welchem Körperbereich? .....                    |    |      |
| 14. <b>Bei Frauen:</b>  |    |      |
| Besteht eine Schwangerschaft?   | Ja | Nein |
| Wenn ja, in welchem Monat?.....   |    |      |
| 15. Name und Anschrift des Hausarztes:.....<br>.....  |    |      |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten