

Anamnesebogen

Name, Vorname

geboren am

Datum und Unterschrift

Name des Hausarztes

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

		ja	nein	Falls Sie mit ja antworten: bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen
1	Allergie (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
4	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
5	Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● ○
6	Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
7	Hämatologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Herz-Kreislauf- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.1	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.2	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.3	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.4	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.5	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.6	Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
8.7	Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
8.8	Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.9	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
9	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.1	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.2	Immunmangel-Syndrom (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
10	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
15	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○
16	Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Haben Sie an Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
19	Nehmen Sie Medikamente? (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	● ○
20	Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	●
22	Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
●	bedeutet: Achtung Lokalanästhesie			○ evtl. Antibiotikaprophylaxe