

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diesen Bogen zur Erhebung Ihrer Krankengeschichte sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor- und Nachname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ **E-Mail:** _____

Terminerinnerung: Ich möchte an bevorstehende Termine erinnert werden und wünsche eine Benachrichtigung per:

Keine Erinnerung SMS E- Mail

Recallsystem: Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?

Nein halbjährlich jährlich

Leiden / Litten Sie unter Erkrankungen der / des...

Herzens oder Kreislaufs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niere	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lunge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nervensystems	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben oder hatten Sie...

hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grünen Star (Glaukorn)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
eine Bestrahlung im Kopf-Halsbereich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
einen Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis (Leberentzündung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose / TBC	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben / Hatten Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen

Medikamente oder Spritzen?

Ja, gegen welche? Nein

Ihr Herz: Haben / Hatten Sie einen / eine...

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
angeborenen Herzfehler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angina Pectoris (Herzenge)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Operation, wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?

ja, welche? Nein

Medikamente: Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig...

Herzmedikamente, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Cortison (Kortikoide)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schmerzmittel, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar®, ASS, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®, Clopidogrel, Iscover®)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antiresorptive Medikamente (z.B. Bisphosphonate wie Zometa®, Risedronat, Actonel®)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Antikörper (z.B. Denosumab, Prolia®, XGEVA®)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere Medikamente:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Genussmittel

Ich rauche _____ Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren
Alkohol trinke ich:
 täglich gelegentlich selten
Ich konsumiere folgende Drogen:

Für unsere Patientinnen

Ich bin schwanger Ja Nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Hausarzt: _____

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Anästhesieaufklärung

Bei einer Anästhesie (Betäubungsspritze) kann in seltenen Fällen ein Hämatom (Blutung ins Gewebe), oder in noch selteneren Fällen ein Abszess (eitrige Schwellung) durch normal vorhanden Bakterien der Mundhöhle verursacht werden. Theoretisch kann auch eine Nadelfraktur (Bruch der Nadel) vorkommen, was aber bei den heute gebrauchten Einmalnadel nahezu ausgeschlossen ist. Diese Komplikationen könnten eine Nachbehandlung nach sich ziehen.

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____