

## Anamnesebogen

### Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Dieser Fragenbogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patient/in:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

#### Anschrift:

Straße	Haus-Nr.	Telefon
--------	----------	---------

Postleitzahl	Ort	Mobiltelefon
--------------	-----	--------------

#### Beruf:

Arbeitgeber	Telefon beruflich
-------------	-------------------

#### Überweiser:

Hausarzt	Zahnarzt	Kieferorthopäde
----------	----------	-----------------

### Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

Herzschwäche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bestrahlungstherapie oder Chemotherapie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz, Herzklappenfehler?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Glaukom (Grüner Star)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung, Dialyse?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Schlaganfall?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Krampfanfälle, Epilepsie, Depression?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Ihnen Allergien bekannt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Einer anderen Erkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Lungenerkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen: (Tuberkulose, Hepatitis B, C, HIV (Aids)?)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Drogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Magen-, Darmerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose, Bisphosphonattherapie?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Schilddrüsenerkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> ASS
		<input type="checkbox"/> Xarelto	

#### Patient/in:

Datum	Unterschrift
-------	--------------

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.**