

Anamnese

Name : _____
 Vorname : _____
 Geburtstag : _____
 Straße : _____
 PLZ, Ort : _____
 E-Mail : _____
 Telefonnr. : _____
 Handy : _____

Um individuell auf Ihre Bedürfnisse im Hinblick auf Ihren Gesundheitszustand eingehen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Falls Sie sich bei einzelnen Fragen unsicher sind, sprechen Sie bitte vor der Behandlung uns an. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

A. Allgemeine Anamnese

ja nein

Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus/ in ärztl. Behandlung?

Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Ort)? _____

Nehmen Sie **Medikamente**?

Falls ja, welche: _____

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**?

Plavix <input type="checkbox"/>	Xarelto <input type="checkbox"/>
Iscover <input type="checkbox"/>	Pradaxa <input type="checkbox"/>
ReoPro <input type="checkbox"/>	Racemat <input type="checkbox"/>
Brilique <input type="checkbox"/>	Lixiana <input type="checkbox"/>
Marcumar <input type="checkbox"/>	Eliquis <input type="checkbox"/>
Phenprocoumon <input type="checkbox"/>	Aspirin/ASS <input type="checkbox"/>

Bluten Sie lange nach einer Verletzung?

Vertragen Sie irgendwelche Medikamente **nicht**?

Falls ja, welche? _____

Haben Sie **Allergien**? Falls ja, wogegen? _____

Haben Sie... ja nein

- zu **hohen** Blutdruck

- zu **niedrigen** Blutdruck

- eine **Herzerkrankung**? (z.B. Klappenfehler / oder Rhythmusstörung)

- einen **Herzklappenersatz** / eine **Herzklappenprothese**?

- einen **Herzschrittmacher**? Falls ja, seit wann? _____

Wurden Sie schon einmal **am Herzen operiert**? Falls ja, wann? _____

Hatten Sie schon einmal eine **Herzinnenhautentzündung** / **Endokarditis**?

Haben / oder hatten Sie schon einmal ansteckende Krankheiten?

- **Hepatitis A, B, oder C / Gelbsucht** Falls ja, welche? _____
- **HIV(AIDS)**
- **Tuberkulose/ TBC**
- **Geschlechtskrankheiten**
- **Diabetes / Zuckerkrankheit**
- **Osteoporose / eine Knochenschwäche?**
- **Schilddrüsenerkrankung?** (z.B. Unter-/Überfunktion)
- **Bluterkrankungen?** (z.B. Anämie, Leukämie, Hämophilie)
- **Nierenerkrankungen?** (z.B. Niereninsuffizienz)
- **Atemwegserkrankungen?** (z.B. Asthma, Bronchitis, Nasennebenhöhlenentzündung, COPD, wiederholte Lungenentzündung)
- **Nervenerkrankungen?** (z.B. Polyneuropathie, Parkinson)
- **Anfallsleiden?** (z.B. Epilepsie)
- **Psychische** Erkrankungen?
- **Magen-/Darmerkrankungen?** (z.B. Sodbrennen/Reflux, Gastritis, Magengeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Jemals eine **Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich** erhalten?
- **Sonstige Erkrankungen?** Falls ja, welche? _____
- _____
- _____
- **Rauchen** Sie? Wenn ja, wie viel? _____
- Sind Sie **schwanger?** Falls ja, welche SSW? _____

B. Zahnärztliche Anamnese

ja nein

- Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als **Problem?**
- Haben Sie **Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich?**
- Leiden Sie unter **chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?**
- Benutzen Sie außer **Zahnbürste und Zahnpasta** noch andere **Mundhygienemittel?** Welche? _____
- Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____
- Würden Sie sich als einen **Angstpatienten** bezeichnen?
- Wann wurden Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt geröntgt? _____
- Haben Sie Beschwerden an den **Zähnen?**
- Haben Sie Beschwerden am **Zahnfleisch?**

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch bei uns?

- Kontrolle** **Beratung** **Schmerzen** **Überweisung**

Datum: _____

Unterschrift: _____