



Anamnesebogen der Zahnarztpraxis Behrendt

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Beruf: _____

Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben bzw. hatten Sie folgende Herz-/ Kreislaufkrankungen?

- Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein
- Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein
- Neigen Sie zu Ohnmacht? ja nein
- Angina Pectoris? ja nein
- Herzinfarkt? ja nein
- Herzschwäche? ja nein
- Rhythmusstörungen/ Herzflimmern? ja nein
- Herzschrittmacher/ Defibrillator? ja nein
- Entzündungen der Klappen/ des Muskels? ja nein
- Haben Sie eine künstliche Herzklappe? ja nein
- Stent/ By- Pass? ja nein

Leiden Sie unter folgenden Gefäßerkrankungen?

- Durchblutungsstörungen? ja nein
- Thrombosen? ja nein
- Schlaganfall? ja nein
- Nehmen Sie Gerinnungshemmer / Blutverdünner ein? ja nein
- Gerinnungsstörungen? ja nein
- Langes Bluten nach Verletzungen? ja nein
- Blutungsneigung/ Hämophilie? ja nein
- Blutarmut/ Anämie? ja nein

Haben Sie folgende Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?

- Chronische Bronchitis? ja nein
- Asthma? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein

Leiden Sie unter:

- Diabetes / Zuckerkrankheit? ja nein
- Schilddrüsenerkrankung? ja nein
- Magen-/ Darmerkrankung? ja nein
- Leberverhärtung/ -zirrhose? ja nein
- Rheuma? ja nein
- Nierenversagen / Dialyse? ja nein
- Osteoporose? ja nein
- Wenn ja, bekommen Sie deshalb Medikamente/ Infusionen? ja nein
- _____ ja nein
- Metastasen/ Tochtergeschwülsten? ja nein
- Muskelerkrankungen? ja nein
- Hepatitis/ Gelbsucht? ja nein
- Magengeschwür? ja nein
- Allergien/ Unverträglichkeiten? ja nein
- Wenn ja, unter welchen? _____
- _____
- Infektionskrankheiten? ja nein
- Immunschwäche/ AIDS? ja nein
- Anfallsleiden/ Epilepsie? ja nein
- Depressionen? ja nein
- Angstzuständen? ja nein
- Suchterkrankungen? ja nein
- Glaukom? ja nein
- Grünem Star/ erhöhtem Augennendruck? ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Bösartige Erkrankungen?
Wenn ja, welche?

ja nein

Chemotherapie?
Wenn ja, wann?

ja nein

Bestrahlung?
Wenn ja, wann und welche Dosis?

ja nein

Wurden Ihnen Organe transplantiert?

ja nein

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher
oder zahnärztlicher Behandlung?

ja nein

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

ja nein

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie
ein?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente
nicht?

Wenn ja, welche?

ja nein

Service:

Möchten Sie von uns an Ihre
halbjährliche Kontrolluntersuchung
erinnert werden?

ja nein

Datum

Unterschrift