



**ANAMNESE**

(Zutreffendes bitte ankreuzen X)

**Ärztliche Behandlung:** ja Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  
Wegen welcher Erkrankung?

**Hausarzt:** Name/ Adresse/ Telefon \_\_\_\_\_

**Herzerkrankungen:** ja Herzschwäche (Insuffizienz)  
ja Angina pectoris  
ja Bluthochdruck  
ja Herzinfarkt Wann?  
ja Herzschrittmacher Seit wann?  
ja Herzklappenersatz Seit wann?  
ja unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)  
Sonstiges?

**Stoffwechsel-  
Erkrankungen:** ja Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)  
ja Osteoporose  
ja Schilddrüsenerkrankungen  
Sonstiges?

**Erkrankungen des  
Nervensystems:** ja Krampfanfälle (Epilepsie)  
ja Lähmungen  
Sonstiges?

**Vegetative  
Erkrankungen:** ja Depressionen  
ja Angstzustände  
ja Ohnmachtsanfälle  
Sonstiges?

**Bluterkrankungen:** ja Gerinnungsstörungen  
ja Marcumar  
ja Neigung zu blauen Flecken  
ja Nachbluten nach Operationen  
Sonstiges?

**Infektions-  
krankheiten:** ja Hepatitis A / B / C  
ja Tuberkulose  
ja Aidstest durchgeführt, Ergebnis: positiv negativ  
Sonstiges?

**Weitere Angaben:** ja Rauchen Sie? Wieviel tgl.?  
ja Drogen- oder Alkoholabhängigkeit

**Allergien:** ja Medikamentenüberempfindlichkeit (z.B. Penicillin)

ja \_\_\_\_\_  
Allergiepass vorhanden?

**Medikamente:** ja Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

ja \_\_\_\_\_  
ja Schmerzmittel  
ja Psychopharmaka  
ja Antibabypille  
ja Verordnung von Bisphosphonaten, wann?

**Schwangerschaft:** ja In welchem Monat?

**Röntgen:** Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-Kiefer-Zahnbereich?  
Wo wurde sie durchgeführt?

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_