

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen.

1. Leiden oder litten Sie unter den nachfolgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV, CoV19): _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutdruck: wenn ja, was? zu niedrig / zu hoch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung: wenn ja, was? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes: wenn ja, was? Typ 1 / Typ 2	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankung: wenn ja, was? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung: wenn ja, was? ÜBER- od. UNTER- Funktion, Hashimoto, Knoten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheumatismus / rheumatisches Fieber.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma / Lungenerkrankung: wenn ja, was? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten / Blutgerinnungsstörungen: wenn ja, was? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen: wenn ja, was? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden z.B. Epilepsie: wenn ja, was? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen _____		

2. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein
Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzklappenprothese,
Herzinnenhautentzündung, Herzoperation, Herzschrittmacher
sonstiges _____

3. Haben Sie Allergien? Allergiepass: Ja Nein Ja Nein
Penicillin od. andere Antibiotika: _____ **Jod** **Latex**
sonstige _____

4. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

6. Waren sie innerhalb der letzten 2 Jahre, auf Grund von schwerwiegender Erkrankungen, im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? **Klinik/Arzt:** _____ Ja Nein
Weshalb: _____ **Wann:** _____

7. Haben oder hatten Sie Verletzungen im Gesichtsbereich? Ja Nein

8. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? _____
Wo (Körperbereich)? _____

9. Besteht eine Schwangerschaft? te Woche Ja Nein

BLATT BITTE WENDEN UND RÜCKSEITE AUSFÜLLEN !!!

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

10. Gab es bisher Probleme bei der Betäubung (Spritze)? Ja Nein
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein
11. Rauchen Sie? Ja Nein
Nicht mehr seit _____ Jahren
Wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____
Wenn ja, wie viel rauchen sie pro Tag _____
Wenn ja, was rauchen Sie? Zigaretten Zigarillos Zigarre Pfeife
12. Falls notwendig, entbinde ich Herrn Clemens/Dr. Vockert von der ärztlichen
Schweigepflicht für die Weitergabe von Röntgenbildern. Ja Nein
13. Unsere Behandlungsstühle sind für eine maximale Belastung von max. 135 kg in der Hubbewegung ausgelegt.
Sollten Sie mehr als 120 kg wiegen, bitten wir Sie um die Angabe Ihres aktuellen Gewichtes _____ kg.

**Ich bin informiert, dass meine Daten/Befunde gemäß der Datenschutzverordnung
verarbeitet/-waltet werden.**

Bitte fragen Sie, wenn der Anamnesebogen etwaige Unklarheiten für Sie enthält.

Ort

Datum

Unterschrift