

## Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname: .....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: .....

E-Mail-Adresse: .....

Hausarzt: .....

Größe:..... Gewicht:.....

### Herz-/ Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Herzschriltmacher  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein

### Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS  ja  nein  
Lebererkrankung/Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein  
Infektionskrankheit (z.B. MRSA)  ja  nein

Bestehende Schwangerschaft?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat? ..... Monat

Raucher?  ja  nein  
Beruf .....

### Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

#### Wichtig : Blutverdünner?!

.....  
.....  
.....  
.....

Voroperationen im aktuellen  
Beschwerdebereich?  ja  nein

.....

Anfallsleiden/Epilepsie  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankung  ja  nein  
Blutgerinnungsstörung  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Nervenerkrankung  ja  nein  
Nierenerkrankung  ja  nein  
Osteoporose  ja  nein  
Rheuma/Arthritis  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

### Sonstige Erkrankung:

.....

.....

.....

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein  
Latex  ja  nein  
Sonstige .....

Sind bei Ihnen in anderen Praxen bereits  
Röntgenaufnahmen im aktuellen  
Beschwerdebereich gemacht worden?

Wenn ja, wann? .....

Ich erkläre mich mit der Behandlung durch den Praxisinhaber und dessen Mitarbeiter einverstanden. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Datum ..... Unterschrift.....