

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

	ja	nein	ja	nein	
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	☐	☐	Leiden Sie unter		
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	☐	☐	• Zuckerkrankheit	☐	☐
Haben Sie Herzerkrankungen?	☐	☐	• Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Wenn ja, welche?			• Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
			• Durchblutungsstörungen	☐	☐
			• Rheuma	☐	☐
			• Allergien	☐	☐
			Wenn ja, welche?		
Neigen Sie zu Ohnmacht?	☐	☐			
Haben Sie Probleme bei lokalen Anästhesien?	☐	☐			
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?					
			• Lungenerkrankungen	☐	☐
			• Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐
			• Nervenkrankungen	☐	☐
			• Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?			• Immunschwäche (HIV positiv)	☐	☐
Wenn ja, welche ?			• sonstige Erkrankungen	☐	☐
			Wenn ja, welche?		
Rauchen Sie?	☐	☐			
			Sind Erbkrankheiten in der Familie bekannt?		
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	☐	☐	Wenn ja, welche?		

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden und ich an Termine erinnert werde.

Datum, Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters