



Anamnesebogen

PATIENT(IN)

Familienname: Vorname: Titl.:

Geb. Datum: weibl. männl. Beruf:

Krankenkasse: Vers. Nr.:

PLZ: Ort: Straße:

Telefon: Mobil: E-Mail:

VERSICHERTE(R)

Familienname: Vorname:

Geb. Datum: Titl.: Beruf:

Vers. Nr.:

Arbeitgeber: PLZ: Ort:

Straße: Telefon:

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes sorgfältig an. Ihre Angaben unterliegen der ärztl. Schweigepflicht!!

1. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?
.....

2. Haben Sie zu hohen Blutdruck?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

3. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

4. Neigen Sie zu Ohnmacht?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

5. Leiden Sie an einer Herzerkrankung?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

(Herzfehler, Herzoperation, Herzschrittmacher, andere:))

6. Haben oder hatten Sie eine **Osteoporosebehandlung**?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

(ev. Drei-Monats-Spritze oder Jahresspritze!)

7. Leiden Sie an Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie
Medikamente zur **Blutverdünnung** ein?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

8. Leiden Sie an Zuckerkrankheit?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

9. Leiden Sie an Asthma oder schwerer Atemnot?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

10. Leiden Sie an Anfallsleiden? (Epilepsie)

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

11. Leiden Sie an schweren ansteckenden Krankheiten?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

(Hepatitis, Tuberkulose, HIV,...)

12. Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?
.....

13. Nehmen Sie ständig oder vorübergehend Medikamente ein? Welche? (**Bisphosphonate!**)
.....

14. Sonstige ernste Erkrankungen od. Behandlungen? (Chemotherapien, Bestrahlungen)
.....

15. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

ja	nein	unbekannt
----	------	-----------

Schmerzstillende Injektionen müssen privat verrechnet werden (außer bei chirurgischen Eingriffen und Wurzelbehandlungen).

Datum:

Unterschrift: