



Anamnesebogen

Patient: Herr / Frau

Name Vorname geb.

Versicherter:

Name Vorname geb.

Anschrift:

Straße/ Nr. PLZ/ Ort

Telefon Privat mobil

Geschäftl. Email

Krankenkasse:

Gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein

Zusatzversicherung ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Überweisender Arzt / Zahnarzt

ALLGEMEINE SITUATION – zutreffendes bitte ankreuzen –

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Herzfehler | <input type="radio"/> Nehmen Sie Bisphosphonate ein | <input type="radio"/> Asthma / Lungenerkrankung |
| <input type="radio"/> Herzklappenentzündung | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit / Diabetes |
| <input type="radio"/> künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C | <input type="radio"/> Raucher |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Schwangerschaft <input type="radio"/> Stillen |
| <input type="radio"/> Herzmuskelentzündung | <input type="radio"/> Immunschwäche <input type="radio"/> HIV-pos. <input type="radio"/> AIDS | <input type="radio"/> Antibiotikaallergie |
| <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="radio"/> Lokalanästhetikum-Allergie |
| <input type="radio"/> Herzpass | <input type="radio"/> Grüner Star | <input type="radio"/> sonstige Allergien/Erkrankung |
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="radio"/> Nachbluten nach OP's | <input type="radio"/> Gelenkerkrankung | |

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein?

ASS 100mg ASS 300mg Marcumar Plavix Eliquis Clopidogrel andere.....

Nehmen Sie momentan andere Medikamente oder Schmerzmittel ein?

.....

Wurde bei Ihnen eine Strahlen-Chemotherapie durchgeführt? Wann

Wurde im vergangenen Jahr Röntgenbilder im Mund- bzw. Kieferbereich angefertigt? Monat

.....
Datum

.....
Unterschrift