



## Anamnesebogen

**Patient:** Herr / Frau

Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Versicherter:**

Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Anschrift:**

Straße/ Nr. .... PLZ/ Ort .....

**Telefon**

Privat ..... mobil .....

Email ..... Terminerinnerung per Mail:  ja  nein

**Krankenkasse:** ..... Pflegegrad / Eingliederungshilfe:  ja  nein

Gesetzlich versichert  ja  nein privat versichert  ja  nein

Zusatzversicherung  ja  nein Beihilfeberechtigt  ja  nein

**Überweisender Arzt / Zahnarzt** .....

### ALLGEMEINE SITUATION – zutreffendes bitte ankreuzen –

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

**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? Wann .....

.....

Datum

.....

Unterschrift