



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis

Um Ihnen eine optimale medizinische Versorgung während der Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie um Ihre Unterstützung. Um potenzielle gesundheitliche Gefahren auszuschließen, füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Persönliche Informationen:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

- Herz oder Kreislauf Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Lunge Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Blut Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Leber Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Magen-Darm-Trakt Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Schilddrüse Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Nieren (z.B. Niereninsuffizienz) Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- Gelenken Ja Nein Wenn ja, welche? _____
- künstliche Gelenkprothesen / Gelenkersatz: Ja Nein Wenn ja, welche? _____
seit wann? _____
- Knochen (z.B. Osteoporose) Ja Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate, oder haben Sie jemals welche genommen? Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals:

- | | |
|--|--|
| Hohen Blutdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Grünen Star <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Niedrigen Blutdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Grauen Star <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes (Zucker) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Rheuma <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| HbA1c-Wert? _____ | Eine Tumorerkrankung / Chemotherapie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie (Fallsucht) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wenn ja, welche? _____ |
| Einen Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Seit (Jahr): _____ |
| Eine erhöhte Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Tuberkulose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis (Gelbsucht) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | HIV <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls Ja: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | |

Sind Sie momentan in medizinischer Betreuung? Ja Nein

Bitte nennen Sie den Grund und die Einrichtung oder die behandelnde Praxis.

Grund: _____

Behandelnde Praxis: _____



Liegt ein Pflegegrad vor? Ja Nein

Wenn ja, welcher? _____

Mussten Sie innerhalb der letzten 24 Monate ins Krankenhaus? Ja Nein

Bitte nennen Sie den Anlass. _____

Gibt es weitere Erkrankungen, die hier nicht erfasst wurden und über die Sie uns informieren möchten? Ja Nein

Welche sind das? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte reichen Sie uns (falls vorhanden) Ihren Medikamentenplan ein.

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen? Ja Nein

Bitte spezifizieren Sie Art und Häufigkeit. _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben oder hatten Sie Allergien oder Unverträglichkeiten, wenn ja welche? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte reichen Sie uns (falls vorhanden) Ihren Allergiepass ein.

Sind Sie aktuell schwanger? Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Folgendes:

- Alle Ihre Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzrichtlinien streng vertraulich behandelt. Sie geben Ihr Einverständnis zur Speicherung dieser Daten.
- Sie verpflichten sich, uns umgehend über jegliche Veränderungen Ihres Gesundheitszustands zu informieren.
- Nicht wahrgenommene Termine müssen spätestens 24 Stunden im Voraus abgesagt werden. Andernfalls können Ihnen die dadurch entstehenden Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Sie nehmen zur Kenntnis, dass die Fahrtüchtigkeit nach der Gabe von (Lokal-)Anästhetika und anderen Medikamenten eingeschränkt sein kann.

Ort / Datum

Unterschrift