

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diesen Bogen zur Erhebung Ihrer Krankengeschichte sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen
Schweigepflicht.

Vor- und Nachname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ **E-Mail:** _____

Versicherter: _____ **Pflegegrad:** _____

Terminerinnerung: Ich möchte an bevorstehende Termine erinnert werden und wünsche eine Benachrichtigung per:
 Keine Erinnerung E- Mail

Recallsystem: Möchten Sie an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?
 Nein halbjährlich jährlich

Leiden / Litten Sie unter Erkrankungen der / des...

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Leber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Niere | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lunge | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nervensystems | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gelenke / Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haben oder hatten Sie...

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| niedrigen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine Immunschwäche | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Grünen Star (Glaukorn) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| eine Bestrahlung im Kopf-Halsbereich | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| einen Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| HIV | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hepatitis (Leberentzündung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welcher Typ? A B C | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose / TBC | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haben / Hatten Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen

Medikamente oder Spritzen?
 Ja, gegen welche? _____ Nein

Ihr Herz: Haben / Hatten Sie einen / eine...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| angeborenen Herzfehler | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt, wann? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Operation, wann? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?

Ja, welche: _____ Nein

Medikamente: Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzmedikamente, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Cortison (Kortikoide) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzmittel, welche? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar®, ASS, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®, Clopidogrel, Iscover®) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Antiresorptive Medikamente/ Antikörper
(z.B. Zometa®, Risedronat, Actonel®, Denosumab, Prolia®, XGEVA®) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| andere Medikamente: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Genussmittel

Ich rauche _____ Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren
Alkohol trinke ich:
 täglich gelegentlich selten
Ich konsumiere folgende Drogen: _____

Für unsere Patientinnen

Ich bin schwanger in SSW: _____

Hausarzt: _____

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Anästhesieaufklärung

Bei einer Anästhesie (Betäubungsspritze) kann in seltenen Fällen ein Hämatom (Blutung ins Gewebe), oder in noch selteneren Fällen ein Abszess (eitrige Schwellung) durch normal vorhanden Bakterien der Mundhöhle verursacht werden. Theoretisch kann auch eine Nadelfraktur (Bruch der Nadel) vorkommen, was aber bei den heute gebrauchten Einmalnadel nahezu ausgeschlossen ist. Diese Komplikationen könnten eine Nachbehandlung nach sich ziehen.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____