

Anamnesebogen

Anamnese (griechisch ανάμνησις anamnêsis «Erinnerung»)
Anamnese (Medizin), die im Gespräch ermittelte Vorgeschichte
eines Patienten in Bezug auf seine aktuelle Erkrankung

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen gut lesbar (ggf. in Druckbuchstaben) aus. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Patientendaten

_____ Vorname	_____ Nachname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße/Nummer	_____ Postleitzahl/Ort	
_____ Telefon privat	_____ Mobiltelefon	_____ Telefon Arbeitsstelle
_____ Beruf	_____ Arbeitgeber	
_____ Krankenkasse	_____ Mitgliedsname (falls abweichend)	

Fragen über bestehende Erkrankungen

1. Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung? ja nein
2. Ihr Hausarzt: _____
3. Herz
- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| a) Koronare Herzkrankheit (Angina Pectoris) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Herzklappenersatz/Herzklappenfehler | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
4. Kreislauf
- | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) erhöhter Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) zu niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
5. Blut
- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| a) Blutarmut (Anämie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Blutungsneigung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
6. Lunge
- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Asthma/chronische Bronchitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Tuberkulose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
7. Stoffwechsel
- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| a) Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Lebererkrankungen/Hepatitis/Gelbsucht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
8. Nervensystem
- | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Anfallsleiden/Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Depression | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

9. Infektionskrankheiten
- a) Hepatitis ja nein
 - b) HIV/AIDS ja nein
 - c) Tuberkulose ja nein
 - d) Sonstige _____
10. Allergien
- a) Heuschnupfen ja nein
 - b) Medikamenten-Allergie ja nein
 - c) Penicillin-Allergie ja nein
 - d) Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein
 - e) Sonstige Allergien _____
11. Haben Sie Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen? ja nein
12. Haben Sie Schmerzen in der Kaumuskulatur oder den Kiefergelenken? ja nein
13. Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
14. Bestehen sonstige Erkrankungen?
Wenn ja, welche? _____

15. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____

16. Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat? _____ ja nein
17. Haben Sie Zahnlockerungen oder Zahnbewegungen festgestellt? ja nein
18. Falls Zahnersatz vorhanden ist, sind Sie damit zufrieden? ja nein
19. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____
20. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich weiterhin, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift