



### Anamnesebogen

Lieber Patient,  
 um bei der Diagnose und Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt zu lassen,  
 bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

	Ja	Nein
Werden Sie zurzeit <b>ärztlich</b> behandelt? Wenn ja, wegen welcher Krankheiten? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten? Wenn ja, gegen welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Speziell Marcumar, ASS oder Ähnliches?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen Ihres Kiefers angefertigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Leiden oder litten Sie an:

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Herzerkrankungen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Kreislaufbeschwerden (z. B. Kollapsneigung)? Atembeschwerden?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Infektionskrankheiten (z. B. TBC)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • HIV (AIDS)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bluthochdruck?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Schilddrüsenerkrankung?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Zuckerkrankheit (Diabetes)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Lebererkrankung (z. B. Hepatitis)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Allergien(z. B. Arzneimittelüberempfindlichkeit)?<br>Wenn ja, welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Allgemeine Krämpfe, Epilepsie?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Blutungsneigung<br>(z.B. bei Verletzungen, Zahnentfernung oder Operation)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben mit meiner Unterschrift.

---

Name	Datum	Unterschrift
------	-------	--------------