



# Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 geb.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_  
 Familienversichert:  
 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 gesetzlich  freiwillig  private Versicherung  zusatzversichert  Beihilfe  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Anschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_  
 Möchten Sie regelmäßig an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? (RECALL)  ja  nein

| <b>Gesundheitsfragen:</b>   |   |
|---|---|
| Leiden Sie an <b>Herz,- Kreislauf,- oder Gefäßkrankheiten</b> ?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Bypass <input type="radio"/> / Stent <input type="radio"/> / Herzschrittmacher <input type="radio"/> ?  |   |
| Leiden Sie an Bluthochdruck <input type="radio"/> oder zu niedrigen Blutdruck <input type="radio"/> ?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie <b>Atemnot</b> <input type="radio"/> oder <b>Asthma</b> <input type="radio"/> oder eine <b>Lungenerkrankung (COPD)</b> <input type="radio"/> ?                  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie eine Bluterkrankung oder Blutungsneigung?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an <b>Diabetes mellitus</b> ? Typ1 <input type="radio"/> Typ2 <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an <b>grünem Star</b> ?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie ein Schilddrüsenleiden?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie Medikamente gegen <b>Knochenstoffwechselstörungen</b> , wie z.B. <b>Osteoporose</b> ( z.B. Bisphosphonate) oder haben Sie diesen in Vergangenheit eingenommen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an <b>Rheuma</b> oder Knochen,- Gelenksproblemen?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben/hatten Sie Bulimie?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben/hatten Sie ein <b>Leberleiden</b> (Gelbsucht/Hepatitis A <input type="radio"/> , B <input type="radio"/> , C <input type="radio"/> )?                               | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben/hatten Sie <b>Tuberkulose</b> (TBC)?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben/hatten Sie eine Tumorerkrankung (Krebs <input type="radio"/> , Leukämie <input type="radio"/> )?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an <b>Aids</b> <input type="radio"/> , oder <b>HIV positiv</b> <input type="radio"/> ?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Anfallsleiden/ <b>Epilepsie</b> ?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Welche Medikamente? _____   |   |
| Haben Sie <b>Allergien</b> / Überempfindlichkeiten auf irgendwelche Substanzen/ Arzneien?   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Welche Allergien: _____   |   |
| Sind Sie <b>schwanger</b> ? Woche: _____  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Sind Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, Welche? _____  |   |
| Haben Sie Zahnfleischbluten?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Existieren Zahn/Kieferröntgenbilder (nicht älter als 2 Jahre)?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gern aufgeklärt/beraten werden möchten?  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_