

# Anamnese-Bogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 1. Haben Sie eine der nachstehend aufgeführten allgemeinen Erkrankung?

Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Kreislaufferkrankungen	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	HIV positiv/AIDS	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankung	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>

2. Waren Sie in den letzten zwei Jahren zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus?  ja  nein  
Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie ständig Medikamente?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Gab es bei einer Lokalanästhesie jemals Probleme?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Neigen Sie zu Nasenbluten, Nachblutungen, Gerinnungsstörungen oder blauen Flecken?  ja  nein

6. Sind Sie Raucher?  ja  nein

7. Wurde schon einmal eine Strahlenbehandlung durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

8. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

9. Zusatzfragen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_  
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)