



Praxisstempel

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:.....

Vorname:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

Herz- / Kreislaferkrankungen:

- hohen Blutdruck Ja Nein
- niedrigen Blutdruck Ja Nein
- Herzklappenerkrankung Ja Nein
- Herzklappenersatz Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein
- Endokarditis Ja Nein
- Herz OP Ja Nein

- Neutropenie** Ja Nein
- Mukoviszidose** Ja Nein
- Organtransplantation** Ja Nein
- Stammzelltransplantation** Ja Nein

Infektionserkrankungen:

- HIV/AIDS Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- Andere Infektionserkrankungen Ja Nein

.....

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?Monat

Epilepsie

- Asthma/Lungenerkrankung** Ja Nein
- Blutgerinnungsstörung** Ja Nein
- Diabetes** Ja Nein
- Medikamentenabhängigkeit** Ja Nein
- Erkrankungen des Nervensystems** Ja Nein
- Nierenerkrankungen** Ja Nein
- Ohnmachtsanfälle** Ja Nein
- Osteoporose** Ja Nein
- Raucher** Ja Nein
- Rheumatismus/Arthritis** Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankungen** Ja Nein
- Andere Erkrankungen:** Ja Nein

.....

Allergen oder Überempfindl.:

- Lokalanästhetika Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Metalle:

