

# Anamnesebogen - Oralchirurgische Praxis Dr. Dr. Jürgen Schreiber

---

Name, Vorname Beruf Gewicht in kg Größe in cm

---

Hausarzt (nicht Zahnarzt) ihre private Telefon-Nummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er verbleibt in Ihrer Kartei. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Therapie und Medikation genau auf Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Der Arzt wird mit Ihnen diesen Bogen besprechen. Dabei werden Ihre Fragen zum Bogen beantwortet.

- |   | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |  | <b>Ja</b> | <b>Nein</b> |
|---|-----------|-------------|--|-----------|-------------|
| 1. Blutdruckabweichung<br>-zu hoch<br>-zu niedrig                             | ( )       |             | 16. Autoimmunerkrankungen<br>(Rheuma, Neurodermitis)             | ( )       | ( )         |
| 2. Gefäßerkrankungen  | ( )       | ( )         | 17. durchgemachtes rheumatisches<br>Fieber                       | ( )       | ( )         |
| 3. Herzfehler   | ( )       | ( )         | 18. Schilddrüsenerkrankung                                       | ( )       | ( )         |
| 4. Herzschrittmacher  | ( )       | ( )         | 19. Nierenerkrankung<br>Dialyse                                  | ( )       | ( )         |
| 5. Herzinnenhautent-<br>zündung   | ( )       | ( )         | 20. Tumorerkrankungen  | ( )       | ( )         |
| 6. andere Herzerkrankungen  | ( )       | ( )         | 21. andere Erkrankungen  | ( )       | ( )         |
| Herzoperationen   |           |             | _____  |           |             |
| 7. Zuckerkrankheit<br>HbA1c:_____   | ( )       | ( )         | _____  |           |             |
| 8. Leberkrankheiten<br>(z. B. Hepatitis A, B, C...)                           | ( )       | ( )         | 22. Organtransplantation   | ( )       | ( )         |
| 9. Blutkrankheiten,<br>Gerinnungsstörungen<br>gerinnungshemmende Med.         | ( )       | ( )         | 23. Operationen_____   | ( )       | ( )         |
| 10. Allergien   | ( )       | ( )         | _____  |           |             |
| 11. Atemwegserkrankungen<br>(Asthma, Lungenerkrank.,<br>Kieferhöhlenerkrank.) | ( )       | ( )         | 24. Rauchen Sie ?<br>Wieviel pro Tag?_____                       | ( )       | ( )         |
| 12. Nervenleiden<br>(z. B. Epilepsie, Lähmungen)                              | ( )       | ( )         | 25. Alkoholgenuß täglich?  | ( )       | ( )         |
| 13. Gemütsleiden/<br>Depression   | ( )       | ( )         | 26. Nehmen Sie Drogen?<br>_____                                  | ( )       | ( )         |
| 14. Immunschwäche / HIV   | ( )       | ( )         | 27. für Patientinnen:<br>Sind Sie schwanger?                     | ( )       | ( )         |
| 15. Knochen- oder Gelenker-<br>krankungen                                     | ( )       | ( )         | 28. Nehmen Sie Medikamente ein?<br>_____                         | ( )       | ( )         |
|   |           |             | 29. Bekommen Sie Spritzen oder<br>Infusionen?_____               | ( )       | ( )         |
|   |           |             | 30. Zur Zeit / vor kurzem<br>in ärztlicher Behandlung ?<br>_____ | ( )       | ( )         |

ärztliche Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Aktualisierungen: \_\_\_\_\_