



## Allgemeiner Anamnesebogen

Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: .....

Adresse: .....

Tel.: ..... E-Mail: .....

Krankenkasse: .....

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**viele Krankheiten können Auswirkungen auf Ihre bei uns stattfindende Behandlung haben. Füllen Sie bitte deshalb diesen Fragebogen sorgfältig und ehrlich aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.**

(Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen!)

1.	Waren Sie während der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in einer anderen stationären Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.1.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.2.	Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (bspw. Marcumar, Falithrom, ASS, Iscover, Plavix o. a.)? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.3.	Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.1.	Leiden Sie unter einer Allergie? Wenn ja, wogegen? ..... Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.2.	Haben Sie eine Penicillin-, Jod- oder Latex-Allergie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.1.	Haben Sie Erkrankungen des Herzens? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Angeborene oder erworbene Herzfehler? <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen? <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler o. Herzklappenprothese? <input type="checkbox"/> Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)? <input type="checkbox"/> Herzoperationen <input type="checkbox"/> Stentimplantationen? Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Bitte wenden.**

4.2.	Leiden Sie an anderen Herz-/ Kreislaufferkrankungen? <u>Durchblutungsstörungen des Herzens/ Angina pectoris</u> <u>Zu hoher Blutdruck?</u> <u>Zu niedriger Blutdruck?</u> <u>Schlaganfall?</u>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.	Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? <u>- Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, Aids)?</u> <u>- Lebererkrankungen?</u> <u>- Erkrankungen der Nieren?</u> <u>- Zuckererkrankung/ Diabetes?</u> <u>- Magen-/ Darmerkrankungen?</u> <u>- Schilddrüsenerkrankungen?</u> <u>- Rheumatismus/ rheumatisches Fieber?</u> <u>- Asthma und anderen Lungenerkrankungen?</u> <u>- Nerven- und Gemütskrankungen?</u> <u>- Anfallsleiden?</u>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.	Leiden Sie an Osteoporose? Nehmen Sie knochenaufbauende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.	Leiden oder litten Sie an bösartigen Tumorerkrankungen? Findet oder fand eine chemotherapeutische Behandlung statt? Haben Sie sog. „Knochenröpfchen“ erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8.	Liegen andere, hier nicht abgefragte Erkrankungen vor? Wenn ja, welche? ..... (Organtransplantationen, Immunsuppressionen?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Konsumieren Sie täglich Zigaretten oder Alkohol? (Zutreffendes bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Haben Sie örtliche Betäubungen bspw. beim Zahnarzt immer gut vertragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Kam es nach Operationen bei Ihnen zu Nachblutungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12.	Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? In welchem Körperbereich? ..... Haben Sie einen Röntgenpass?	Monat ..... Jahr ..... <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13.	Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein .....

Bitte nennen Sie uns Ihren

a) Hausarzt/ Hautarzt

b) Zahnarzt

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Meine Einwilligung zur Offenbarung patientenbezogener Daten liegt vor.

Ich bin damit einverstanden, dass ich bei Terminverschiebungen oder zur Erinnerung an Wiedervorstellungstermine angerufen bzw. angeschrieben werde. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

**Unterschrift der Patientin/ des Patienten:**