

Anamnesebogen

Name, Vorname		<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Nr.		PLZ	Wohnort	
Tel. privat	Tel. dienstlich		Beruf	
überweisender Arzt	Hausarzt / Hauszahnarzt		Krankenkasse	Zahnzusatzversicherung

Versicherter **gesetzlicher Vertreter** *nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert ist*

Name, Vorname		Geburtsdatum	Tel.
Straße, Nr.		PLZ	Wohnort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Diese Angaben sind freiwillig, 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.

Ihr MKG-Praxisteam

	JA	NEIN		JA	NEIN
1. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Clopidogrel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Vertragen Sie zahnärztliche Spritzenmedikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erhalten/Erhielten Sie Chemotherapeutika, knochenstärkende Medikamente (z.B. Bisphosphonate, Prolia, Zoltrab) oder Infusionen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Liegt ein aktuelles Röntgenbild des Kiefers/der Zähne vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben/Hatten Sie eine der aufgeführten Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems ?			7. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Fall ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Herzfehler (z.B. Klappenfehler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Liegt eine Schwerbehinderung oder Pflegestufe (falls ja: Grad _____) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Bypass, Stent, sonstige Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Ich bin damit einverstanden, dass mein oben eingetragener Arzt Informationen und Röntgenbilder zu meiner Behandlung erhält.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">Beachten Sie, dass Betäubungsmittel die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.</div>		
– Haben Sie einen Herzpass ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Für Patientinnen:		
– Haben Sie einen Herzschrittmacher ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– Besteht eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Haben Sie zu hohen Blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sonstige: _____					
4. Haben/Hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Allgemeinerkrankungen ?			Datum/Unterschrift		
– Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Falls ja: benötigen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
– Allergien ? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
– Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
– Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
– Lungenerkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
– Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
– Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
– Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
– Magen-, Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
– Tumorerkrankungen/-behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			