

ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname

Beruf

Versicherung

Telefonnummer

- beihilfeberechtigt
- zahn-zusatzversichert
- freiwillig versichert

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. bei kleinen Verletzungen, Zahnbehandlung) oder entstehen leicht blaue Flecken ohne besonderen Anlass?

ja nein

Nehmen Sie Medikamente?
(z.B. Blutverdünnungsmittel, Antibiotika, Bisphosphonate, Chemotherapeutika, etc.)

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Allergie? (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel)

ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit (z.B. Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankung der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma) oder tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Besteht eine Lebererkrankung?

ja nein

Ist Ihr Blutdruck erhöht?

ja nein

Neigen Sie zu Krämpfen?

ja nein

Besteht eine Schilddrüsenstörung (Kropf)?

ja nein



PRAXIS & KLINIK

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. Dr. Thomas Olivier
Dr. Tobias Wienhöfer
Dr. Christian Spies
Prof. Dr. Dr. Ulrich Westermann

Besteht eine chronische Erkrankung?
(z.B. Rheuma, grüner Star, etc.)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Stoffwechselstörung? (z.B. Diabetes)

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit?
(z.B. Hepatitis, Tbc, AIDS)

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja nein

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, weshalb? _____
