

ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname

Beruf

Versicherung

- 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? _____
