

## Anamnese – Bogen

Lieber Patient, liebe Patientin,  
um eventuelle Risiken bei unseren Eingriffen für Sie möglichst gering zu halten, bitten wir Sie um die sorgfältige Beantwortung folgender Fragen.

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen bei vorherigen Operationen? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Antibiotika ein? ja:  nein:

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Abhängigkeit? ja:  nein:

Wenn ja: Medikamente  Alkohol  Drogen

### Haben Sie Erkrankungen, die ein Risiko darstellen?

Lungenerkrankung ja  nein

Asthma ja  nein

Bronchitis ja  nein

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja  nein

Bluthochdruck ja  nein

Allergie (z.B. Medikamente, Lebensmittel) ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenstörung (z.B. Unterfunktion/Überfunktion) ja  nein

Krampfanfälle (Epilepsie) ja  nein

Nierenerkrankung (Dialyse) ja  nein

Muskelerkrankung ja  nein

Blutgerinnungsstörung ja  nein

ASS-Einnahme  Marcumar-Einnahme  Eliquis/Xarelto

Osteoporose ja  nein

Chemotherapie (auch in der Vergangenheit) ja  nein

### Herzkrankungen:

Infarkt  Bypässe  Herzfehler  Herzrhythmusstörung

Sonstige Herzkrankungen: \_\_\_\_\_

Gelbsucht (Hepatitis) ja  nein

A  B  C

HIV: ja  nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja  nein  ungewiss

Rauchen Sie: ja  Wie viel: \_\_\_\_\_ nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden! →**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
ggf. Erziehungsberechtigter