

# Anamnesebogen der Praxis Dr. Ingo Brehme

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen um den folgenden Patientenbogen auszufüllen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

1. Haben Sie allgemeine Erkrankungen?  nein  ja  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
2. Leiden Sie an eine der nachstehenden Erkrankungen?  nein  ja  
Zuckerkrankheit  Blutdruckabweichung   
Lungenerkrankung  Schilddrüsenfunktionsstörung   
Nierenerkrankung  Magen-Darmerkrankung   
Anfallsleiden  Augenkrankheit
3. Sind Sie am Herz-Kreislauf-System erkrankt?  
(z. B. Angina Pectoris, Herzinfarkt)  nein  ja  
oder: \_\_\_\_\_  
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?  
(falls Sie einen Schrittmacherausweis besitzen bitte vorlegen)  nein  ja
4. Nehmen Sie Medikamente ein?  
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin),  
Beruhigungsmittel, Schlafmittel  nein  ja  
(falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen)  
oder: \_\_\_\_\_
5. Haben oder hatten Sie Gelbsucht oder eine Leberentzündung  
(Hepatitis A, B oder C)?  nein  ja
6. Leiden Sie unter häufigen Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw.  
nach leichter Berührung?  nein  ja
7. Sind Allergien (z. B. Heuschnupfen Asthma) bekannt oder eine Unverträglichkeit  
von Schmerzmitteln Medikamenten, Pflaster, Latex, Metallen?  nein  ja  
oder: \_\_\_\_\_
8. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  nein  ja
9. Bekamen Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung?  nein  ja  
wenn ja, gab es Komplikationen? \_\_\_\_\_
10. Leiden Sie an der Immunschwäche AIDS?  nein  ja
11. Rauchen Sie?  nein  ja
12. Schnarchen Sie oder haben Sie nachts Atemaussetzer?  nein  ja
13. Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_
14. Wer ist Ihr Arbeitgeber? \_\_\_\_\_
15. Durch wen oder warum sind Sie in diese Praxis gekommen? \_\_\_\_\_
16. Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_
17. Bitte geben Sie eine Telefonnummer an, unter der wir Sie erreichen können: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen und Röntgenbilder ggf. von weiterbehandelnden Zahnärzten angefordert werden können.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient bzw. Betreuer/Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_