



## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- (ja) (nein) Herzinfarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße/Angina pectoris
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

### Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Zustand nach Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Bluter

### Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma/Bronchitis oder andere Erkrankungen der Lunge?  
Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_

### Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magen oder Darmerkrankung Wenn Ja Welche? \_\_\_\_\_

### Blase-Nieren

- (ja) (nein) Nierenerkrankung Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_
- (ja) (nein) Dialyse

### Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis

### Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

**Stoffwechsel**

(ja) (nein) Zuckerkrankheit/Diabetes Wenn Ja welcher Typ? \_\_\_\_\_

(ja) (nein) Schilddrüsenfunktionsstörung Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS. Tuberkulose

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

(ja) (nein) Osteoporose

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:**

Titel: \_\_ Arzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

(ja) (nein) Haben Sie Allergien? (Allergieausweis)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

(ja) (nein) Traten oder treten bei ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn Ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

**Weitere administrativ wichtige Informationen:**

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (mindestens Eintragungen der letzten 5 Jahre)

(ja) (nein) Dürfen wir Sie an den halbjährlichen Vorsorgetermin erinnern?

Wenn ja: per Telefon  E-Mail  Post

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu unsere Behandlung ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter