Zahnärztehaus Kemnath
MVZ GmbH
dr. med. dent. Michael Bobos
& Kollegen

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit folgenden Fragen wollen wir mögliche Risiken für einen operativen Eingriff erfassen und damit ein Höchstmaß an Sicherheit erreichen.

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder litten?
Bitte zutreffende Erkrankungen UNTERSTREICHEN!!!!!!! Danke

Herzerkrankungen o Ja o Nein
z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündungen, Herzrhythmusstörungen, Bypass, Stent oder _____

Kreislauf- oder Gefäßkrankheiten o Ja o Nein
z. B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, Schwindel oder _____

Lungen- und Atemwegserkrankungen o Ja o Nein
z. B. chronische Bronchitis, chronischer Husten, Tuberkulose, Asthma oder _____

Erkrankungen des Skelettsystems o Ja o Nein
z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Bandscheibenvorfall, Rheuma oder _____

Magen- Darmbeschwerden o Ja o Nein
z. B. Sodbrennen, Verstopfung, Blähungen oder _____

Nierenerkrankungen o Ja o Nein
z. B. Nierenentzündung, Nierensteine oder _____

Lebererkrankungen o Ja o Nein
z. B. Hepatitis A, B oder C, Gelbsucht, oder _____

Stoffwechselerkrankungen o Ja o Nein
z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Kropf oder _____

verstärkte Blutungen o Ja o Nein
z. B. Nach Zahnentfernungen, Blutgerinnungsstörung oder _____

Wurden Sie wegen Gemütsleiden ärztlich behandelt? o Ja o Nein
z. B. Depression oder _____

Nervenleiden o Ja o Nein
z. B. Epilepsie oder _____

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? o Ja o Nein
Wenn ja, bei wem und weswegen: _____

Medikamenten-, Drogenabhängigkeit o Ja o Nein
Wenn ja, welche? _____

Allergien und Infektionen o Ja o Nein
z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster, HIV usw.
Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie regelmäßig? ca. ..... Tag o Ja o Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? o Ja o Nein

Wurde bei Ihnen eine Bestrahlung oder Chemotherapie durchgeführt? o Ja o Nein
Wenn ja, weswegen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? o Ja o Nein

Frühere Operationen? o Ja o Nein
Geben Sie bitte die **wichtigsten** Operationen an _____

Ist ein Pflegegrad vorhanden? Wenn ja welcher? _____ o Ja o Nein

Nehmen Sie Medikamente (Dauermedikation) ein? o Ja o Nein
Wenn ja, welche? _____

www.zahnaerztehaus-kemnath.org Seeleite 4 D-95478 Kemnath Tel.: 09642- 584 e-mail: info@zahnaerztehaus-kemnath.org