

Anamnesebogen

Bitte zutreffende Angaben ankreuzen und vervollständigen!

<p>Regelmäßige Medikamenteneinnahme?</p> <p><input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente <input type="checkbox"/> Herzmedikamente <input type="checkbox"/> Schmerzmittel <input type="checkbox"/> Psychopharmaka <input type="checkbox"/> Antidiabetika Welche: _____ _____ _____</p> <p>Gerinnungshemmende Medikamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirin/ ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Ticlopidin <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Andere Welches: _____</p> <p>Herz/ Kreislaufferkrankungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Herzfehler <input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung <input type="checkbox"/> Herzklappenentzündung <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzschwäche <input type="checkbox"/> Stents <input type="checkbox"/> Herzpass ist vorhanden</p> <p>Gefäßerkrankungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Embolie <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p>Bluterkrankungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p>Lebererkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Andere: _____</p>	<p>Nierenerkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit <input type="checkbox"/> Nierenentzündung <input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p>Erkrankungen der Atemwege/ Lunge?</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenblähung <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p>Stoffwechselerkrankungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetis mellitus Typ I <input type="checkbox"/> Diabetis mellitus Typ II <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Kropf <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p>Knochen:</p> <p><input type="checkbox"/> ich wurde in der Vergangenheit oder werde zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt. Wegen welcher Erkrankung? _____ Wann? Mit welchem Präparat? _____</p> <p><input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> intravenös</p> <p>Nervenerkrankungen/ Gemüt?</p> <p><input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie) <input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> Angstzustände</p> <p>Tumorerkrankungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja Welche: _____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung</p> <p>Bestrahlung? Erkrankungen des Immunsystems?</p> <p><input type="checkbox"/> HIV positiv <input type="checkbox"/> Einnahme von Cortison <input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation</p>	<p>Augenerkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> grüner Star <input type="checkbox"/> grauer Star</p> <p>Allergien?</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Jod <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Fruchtzucker <input type="checkbox"/> Penicillin (Amoxicillin) <input type="checkbox"/> Articaïn</p> <p>Mundschleimhauterkrankungen?</p> <p><input type="checkbox"/> häufig Herpes <input type="checkbox"/> häufig Aphten <input type="checkbox"/> wunde Stellen <input type="checkbox"/> weißliche Beläge <input type="checkbox"/> Zungenbrennen</p> <p>Weitere Erkrankungen?</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Schwangerschaft?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Zigarettenkonsum?</p> <p>Menge pro Tag: _____</p> <p>Alkoholkonsum?</p> <p>Menge pro Tag: _____</p> <p>Hausarzt: Name & Anschrift: _____ _____ _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Internist: Name & Anschrift: _____ _____ _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Datum, Unterschrift des Patienten:</p> <p>_____</p>
--	---	---

Bei Veränderung meines Gesundheitszustandes teile ich dies sofort der Praxis mit.