



# Anamnesebogen

## MKKG rheintor

### Anamnesebogen

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig! (Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherte/r, Krankenversicherung

Geburtsort

Wohnanschrift

Beruf

Telefonnummer

Mobilnummer

E-Mail

Hausärztin/-arzt

Zahnärztin/-arzt

Kieferorthopädin/-e

Überweisende/r Ärztin/-arzt

Grund der Überweisung

#### Leiden Sie an ...

ja nein

- ... Bluthochdruck?  ja  nein
- ... Herzschwäche?  ja  nein
- ... Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... Herzklappenersatz, Herzklappenfehler?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... Asthma bronchiale?  ja  nein
- ... Allergien?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... Lungenerkrankung?  ja  nein
- ... Tuberkulose?  ja  nein
- ... Nierenerkrankung, Dialyse?  ja  nein
- ... Magen-, Darmerkrankung?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... Diabetes?  ja  nein
- ... Hepatitis B, Hepatitis C?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... HIV positiv, AIDS?  ja  nein
- ... Rheuma?  ja  nein
- ... Osteoporose, Bisphosphonattherapie?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein
- ... Krebserkrankung?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_
- ... Bestrahlungstherapie?  ja  nein wann? \_\_\_\_\_
- ... Chemotherapie?  ja  nein wann? \_\_\_\_\_
- ... Blutgerinnungsstörung?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- ... Gelenkersatz?  ja  nein
- ... Glaukom (grüner Star)?  ja  nein
- ... Schlaganfall?  ja  nein
- ... Krampfanfälle, Epilepsie, Depressionen?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- Ist eine Endokarditisprophylaxe notwendig?  ja  nein
- Rauchen Sie?  ja  nein
- Nehmen Sie Drogen?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- Sind Sie schwanger?  ja  nein welche Woche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Markumar, ASS, Plavix?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift