

## Anamnesebogen

<b>Ärztliche Behandlung:</b>	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
<b>Medikamente:</b>	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		
<b>Allergien:</b>	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____		
	Besitzen sie einen Allergiepass?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
<b>Herzerkrankungen:</b>	Herzschwäche (Insuffizienz)?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Herzasthma Angina pectoris?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Sonstiges? _____		
<b>Kreislaufferkrankungen:</b>	Zu hoher Blutdruck?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Zu niedriger Blutdruck?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Zustand nach Herzinfarkt?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Sonstiges: _____		
<b>Vegetative Erkrankungen:</b>	Ohnmachtsanfälle?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Magen- Darmerkrankungen?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Schilddrüsenerkrankungen?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
<b>Erkrankung des Nervensystems:</b>	Epileptische Anfälle?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Krämpfe?		
	Sonstiges? _____		
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Tuberkulose?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Chronische Erkrankungen der Atemwege	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? _____		
<b>Röntgen:</b>	Wurden Sie im letzten Jahr im Mund-, Kiefer-Gesichtsbereich geröntgt?	<b>O ja</b>	<b>O nein</b>
	Wenn ja, wo? _____		
<b>Schwangerschaft:</b>	Wenn ja, welcher Monat? _____		

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_