



# Informations- und Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau. (Zutreffendes bitte ankreuzen/unterstreichen und eventuell ergänzen.)

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (tagsüber erreichbar): \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Möchten Sie an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  Ja  Nein

Wenn ja, per:  Telefon  SMS  Post  E-Mail

## HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

Bluthochdruck  Ja \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck  Ja \_\_\_\_\_

Herzklappenerkrankung/Herzklappenersatz  Ja \_\_\_\_\_

Herzoperation/Herzschrittmacher  Ja \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen/-infarkt/-rhythmusstörung  Ja \_\_\_\_\_

Endokarditis  Ja \_\_\_\_\_

Sonstige - Wenn ja, welche?  Ja \_\_\_\_\_

## INFEKTIONSERKRANKUNGEN

Tuberkulose  Ja \_\_\_\_\_

Hepatitis  Ja \_\_\_\_\_

MRSA (multiresistenter Keim)  Ja \_\_\_\_\_

Sonstige - Wenn ja, welche?  Ja \_\_\_\_\_

## ALLERGIEN GEGEN

Antibiotika  Ja \_\_\_\_\_

Schmerzmittel  Ja \_\_\_\_\_

Lokalanästhetika/Spritzen  Ja \_\_\_\_\_

Metalle  Ja \_\_\_\_\_

Zahnärztliche Materialien  Ja \_\_\_\_\_

Sonstige - Wenn ja, welche?  Ja \_\_\_\_\_

## WEITERE ERKRANKUNGEN

Erkrankungen blutbildender Organe/

- Blutgerinnungsstörungen  Ja \_\_\_\_\_
- Asthma/Atemwegserkrankungen  Ja \_\_\_\_\_
- Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja \_\_\_\_\_
- Anfallsleiden (Epilepsie)  Ja \_\_\_\_\_
- Osteoporose/Bisphosphonattherapie  Ja \_\_\_\_\_
- Tumorerkrankungen  Ja \_\_\_\_\_
- Nierenfunktionsstörungen  Ja \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen  Ja \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankungen  Ja \_\_\_\_\_
- Glaukom (Grüner Star)  Ja \_\_\_\_\_
- Sonstige - Wenn ja, welche?  Ja \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE ANGABEN UND INFORMATIONEN

- Frühere Operationen - wenn ja, welche?  Ja \_\_\_\_\_
- Suchterkrankungen  Ja \_\_\_\_\_
- Regelmäßige Einnahme von Medikamenten?  
Wenn ja, welche?  Ja \_\_\_\_\_
- Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja \_\_\_\_\_
- Für Frauen: Liegt zur Zeit eine Schwangerschaft vor?  Ja \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift