



Dr. Till-Martin Hüsken
Hoher Weg 16
38640 Goslar

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Anschrift: Plz/Ort

Straße:



.....



.....

Falls Familienversichert: Name des Hauptversicherten

Geb. datum.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus
oder in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
Wegen welcher Erkrankung?
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Bisphosphonate)? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?
3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen
(z.B. Marcumar, Eliquis, Pradaxa) ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?
4. Ist Ihnen eine Allergie oder Unverträglichkeit bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? (z.B. Penicillin, Latex)
5. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche?
- Angeborener oder erworbener Herzfehler? ☐ Ja ☐ Nein
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? ☐ Ja ☐ Nein
- Wenn ja, seit wann?
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? ☐ Ja ☐ Nein
- Herzoperationen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann?
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? Wenn ja, seit wann?
- Herzinfarkt? Wenn ja, wann?
- Weitere Herzerkrankungen Wenn ja, welche/wann?

6. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| – Osteoporose? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Diabetes? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Tumorerkrankungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Lebererkrankungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Zu hoher Blutdruck? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Zu niedriger Blutdruck? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Schlaganfall? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Nierenerkrankungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Magen-Darmerkrankung? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Schilddrüsenerkrankung? Über- oder Unterfunktion (bitte unterstreichen) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Rauchen Sie, nehmen Sie Drogen, trinken Sie Alkohol? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Wenn ja, welche Menge? | | |
| – Asthma / COPD oder andere Lungenerkrankungen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Wenn ja, welche? | | |
| – Nervenerkrankungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Sonstige Erkrankungen? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| – Wenn ja, welche? | | |

7. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? ☐ Ja ☐ Nein

8. Wann sind Sie das letzte Mal im Kieferbereich geröntgt worden?

9. Haben Sie einen Implantatpass? ☐ Ja ☐ Nein

10. Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

11. Besitzen Sie einen Pflegegrad? Wenn bitte Bestätigung mitbringen ☐ Ja ☐ Nein

12. Hatten Sie vor kurzem eine Chemotherapie/Bestrahlung? ☐ Ja ☐ Nein

13. Wünschen Sie regelmäßige prof. Zahnreinigungen? ☐ Ja ☐ Nein

14. **Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, in welcher Woche?

15. Name und Anschrift des Hausarztes:
.....
.....

16. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)? Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?.....
.....

17. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

- **Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein! Es kann in sehr seltenen Fällen zu einer reversiblen Schädigung des Nerven im Unterkiefer kommen.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten