

ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy : _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Krankenversicherung: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie möglichst effektiv behandeln zu können, benötige ich von Ihnen noch einige Informationen:

1. Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

2. Welche Erkrankungen sind Ihnen noch bekannt?

3. Welche Medikamente nehmen Sie z. Z. ein (auch Verhütungsmittel),
oder haben Sie über einen längeren Zeitraum einmal eingenommen (Kortison,
Schmerzmittel, Antibiotika)?

4. Wie verlief Ihre eigene Geburt und die Ihrer Kinder (z.B. Kaiserschnitt,
Zangengeburt, Saugglocke, Wehentropf)? Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen?

5. Welche Impfungen haben Sie bisher bekommen
(bitte möglichst Impfpass mitbringen)?

6. Welche Unfälle und Verletzungen sind Ihnen bekannt?

7. Welche Operationen oder Krankenhausaufenthalte hatten Sie bereits?

8. Betreiben Sie Sport? Wenn ja, welchen?

9. Wurden zahn- oder kieferorthopädischen Behandlungen bei Ihnen durchgeführt? (Brücken, Kronen, Wurzelbehandlungen, Operationen, Zahnspangen, Implantate)

10. Sind andere Therapien bei Ihnen durchgeführt worden (Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, alternative Therapien, o. ä.)?

11. Gibt oder gab es bei Ihnen Hauterkrankungen oder
Hautveränderungen?

12. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

13. Welchen Beruf haben Sie gelernt, und welchen üben Sie z. Z. aus?
