
Medizinischer Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig. Die Angaben dienen Ihrer Sicherheit und helfen uns, Ihre Behandlung optimal auf Ihren Gesundheitszustand abzustimmen.

Name: _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

Werden oder wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Ja Nein

Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? _____

Hatten Sie bereits Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten

Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündungen) Ja Nein

HIV-Infektion / AIDS Ja Nein

Allgemeine Beschwerden und Gewohnheiten

Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? Ja Nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja Nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen? Ja Nein

Medikamente

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Frühere Erkrankungen und Beschwerden

Kieferhöhlenentzündung Ja Nein

Rheuma oder Gelenkschwellungen Ja Nein

Hormonelle Störungen Ja Nein

Implantate und medizinische Hilfsmittel

Tragen Sie Gelenkprothesen, einen HSM oder andere Implantate? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Schwangerschaft

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Falls ja, in welcher Schwangerschaftswoche: _____

Herz- und Kreislaufkrankungen

Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) Ja Nein

Herzklappenfehler oder künstliche Herzklappe Ja Nein

Angina pectoris Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Blutdruckwert: _____

Blut- und Gerinnungsstörungen

Blutarmut (Anämie) Ja Nein

Bluterkrankheit / erhöhte Blutungsneigung (Hämophilie) Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein

Allergien und Unverträglichkeiten

Reagieren Sie sensibel auf Spritzen, Medikamente oder andere Wirkstoffe? Ja Nein

Wenn ja, auf welche? _____

Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen? Ja Nein

Einwilligung zur örtlichen Betäubung

Ich bin einverstanden, dass mir bei Bedarf eine Lokalanästhesie verabreicht wird. Mir ist bekannt, dass es in sehr seltenen Fällen im Bereich von Unterkiefer und Zunge zu vorübergehenden Irritationen (Taubheit/Kribbeln) kommen kann, die sich in der Regel vollständig zurückbilden. Zudem ist mir bewusst, dass nach Eingriffen unter örtlicher Betäubung die Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit erhöhtem Unfallrisiko verbunden ist.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____