

## Aktualisierung der Anamnese

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Aktuelle Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handy/Email: \_\_\_\_\_

---

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, auch wenn Sie keinen Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung sehen!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb.

### Liegen oder lagen Erkrankungen vor:

**Herzerkrankungen:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ankreuzen**

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzklappenersatz

**wenn ja, seit wann?** \_\_\_\_\_

Herzfehler

Endokarditis

Herzinfarkt,

**wenn ja, wann?** \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Kreislaufkrankungen:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ankreuzen**

Blutdruck zu hoch

zu niedrig

Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten?

Einnahme von Gerinnungshemmern

**Wenn ja, welche?**(z.B. ASS, Marcumar, Plavix...)

\_\_\_\_\_

Ohnmachtsneigung

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Stoffwechselerkrankungen:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ankreuzen**

- Diabetes
  - Magen-/Darmerkrankungen
  - Schilddrüsenüberfunktion
  - Schilddrüsenunterfunktion
  - Nierenerkrankungen
  - Lebererkrankungen
  - Osteoporose
- 

**Nervensystemerkrankung:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ankreuzen**

- Anfallsleiden (Epilepsie)
  - Sonstige: \_\_\_\_\_
- 

**Infektionserkrankungen:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ankreuzen**

- Leberentzündung/Gelbsucht
  - Hepatitis A
  - Hepatitis B
  - Tuberkulose
  - HIV
  - Aids
- 

**Immunsystem:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ausfüllen**

Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems:

\_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Organtransplantation?

**Lunge:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ankreuzen**

- Asthma
  - Chronische Erkrankungen (z.B COPD)
  - Bitte erläutern \_\_\_\_\_
- 

**Sonstige Erkrankungen:**  nein  ja

**wenn ja, bitte weiter ankreuzen**

- Rheumatische Erkrankungen
  - Allergien
  - Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  - Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung
  - Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
  - Haben Sie eine andere ernsthafte Krankheit?
  - Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 

**Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?**

nein  ja

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oder legen Sie bitte Ihre Medikamentenliste vor!**

**Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit?**

nein  ja

**Liegt ein Pflegegrad nach §15 SGB XI vor?**

nein  ja

**Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft?**

nein  ja

**Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?**

\_\_\_\_\_

**Datum und Unterschrift** \_\_\_\_\_

Bitte wenden!