

# ANAMNESEBOGEN

Dr. Heinzel MSc, Dr. Lambrich MSc, MSc, Dr. Rupp, Dr. Zähringer  
Von-Laßberg-Str. 23 D-88709 Meersburg

## Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  
Ja Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_

## Hausarzt/Facharzt/Heilpraktiker

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

## Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein  
Herzasthma, Angina pectoris? Ja Nein  
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Kreislaufferkrankungen

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein  
Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein  
Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle? Ja Nein  
Nehmen Sie Kreislaufstimulierende Medikamente ein? Ja Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Erkrankungen des Urogenitalsystems

Blasen-/Nierenentzündungen Ja Nein  
Prostatabeschwerden Ja Nein  
Gebärmutter-/Vaginalerkrankg. Ja Nein

## Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein  
Magen-Darmerkrankungen? Ja Nein  
Schilddrüsenkrankheit? Ja Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle? Ja Nein  
Krämpfe? Ja Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein  
Blutarmut (Anämie) Ja Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A/B)? Ja Nein  
Tuberkulose? Ja Nein  
Chronische Erkrankung der Atemwege, Asthma, Husten etc. Ja Nein  
Creuzfeldt-Jakob-Krankheit (Rinderwahn) Ja Nein  
HIV/AIDS Ja Nein

Erkrankung der Wirbelsäule Ja Nein  
Sonstiges \_\_\_\_\_

## Röntgen, Computer- oder Kernspintomogramme

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf- Kiefer- Zahnbereich angefertigt? Ja Nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

## Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

## Sonstige Besonderheiten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_