Anamnesebogen

Anamicsebogen							
Name:	Geburtsdatum:						
Telefonnummer:							
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.							
Herz-/ Kreislauferkrankungen: Hoher Blutdruck		□ nein □ ja □ nein		Anfallsleiden (Epilepsie) Asthma/Lungenerkr. Blutgerinnungsstörungen Diabetes/Zuckerkrankheit Drogenabhängigkeit Nervenerkrankung Nierenerkrankungen Ohnmachtsanfälle Osteoporoseerkrankung Raucher Rheuma/Arthritis Schilddrüsenerkrankung Sonstige Erkrankungen:			
Infektiöse Erkrankungen: HIV-Infektion/Stadium AIDS□ ja □ nein Lebererkrankung/Hepatitis □ ja □ nein Tuberkulose □ ja □ nein Infektionskrankheiten (z.B.MRSA)□ ja □ nein Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante			te der C	Allergien bzw. Unverträglic Lokalanästhesie/Spritzen Antibiotika Schmerzmittel Metalle: Creutzfeldt-Jakob-Krankheit			chkeiten: □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein
Besteht eine Schwangerschaft? □ ja □ nein Wenn ja, in welchem Monat?Monat							
Pflegegrad/ Eingliederungshilfe □ ja □ nein Wenn ja, welcher?							
Welche Medikamente neh							
Nehmen Sie Bisphosphor Stehen Sie in medikamen Nehmen Sie hoch dosiert Wurden bei Ihnen größer	töser (e Ster	oide / Immun	suppres	ssiva?	□ ja □		
Ich verpflichte mich, übe	r alle	Änderungen,	die sic	h während	d der ge	esamten	Behandlungszeit

Egeln, den Unterschrift:

ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.