

Anamnese

Name	Vorname	Geburtsdatum
Familienversichert über:		Adresse
Größe	cm	Gewicht kg
Telefon	Email	Beruf

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zurzeit noch in ärztlicher Behandlung? | ☐ | ☐ |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, haben Sie eine Medikamentenliste? | ☐ | ☐ |
| · gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Eliquis, ASS, Xarelto) | ☐ | ☐ |
| · Bisphosphonate (Zolendron-/Alendronsäure z.B. Zometa, Acara, Clodron) | ☐ | ☐ |
| · Antikörper (Denosumab z.B. Prolia, XGEVA) | ☐ | ☐ |
| · Hatten Sie früher eine Therapie mit Bisphosphonaten? | ☐ | ☐ |
| · andere _____ | | |
| 3. Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? _____ | ☐ | ☐ |
| Besitzen Sie einen Allergiepass? | ☐ | ☐ |
| 4. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung? (z.B. nach Zahnentfernung oder häufiges Nasenbluten) | ☐ | ☐ |
| 5. Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? | ☐ | ☐ |
| 6. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten festgestellt? | | |

- | | ja | nein | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| · Herzerkrankung (Klappenersatz, Infarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Endokarditis) | ☐ | ☐ | · Infektionserkrankung (Tuberkulose, Aids/HIV, Hepatitis A, B, C) | ☐ | ☐ |
| Bei OP: Wann? _____ | | | | | |
| · hoher Blutdruck | ☐ | ☐ | · Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie, MS) | ☐ | ☐ |
| · niedriger Blutdruck | ☐ | ☐ | · Grüner Star (Glaukom) / grauer Star (Katarakt) | ☐ | ☐ |
| · Blutarmut (Anämie) | ☐ | ☐ | · Rheuma | ☐ | ☐ |
| · Schlaganfall | ☐ | ☐ | · Schilddrüsenerkrankung | ☐ | ☐ |
| · Atemwegs-/Lungenerkrankung (z.B. Asthma) | ☐ | ☐ | · Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ Typ I ☐ Typ II | ☐ | ☐ |
| · Nierenerkrankung (z.B. Dialyse) | ☐ | ☐ | · Organtransplantation | ☐ | ☐ |
| · Lebererkrankung (z.B. Gelbsucht) | ☐ | ☐ | · andere Operationen (z.B. Gelenkersatz, Tumorentfernung) | ☐ | ☐ |
| · Magen-Darm-Erkrankung | ☐ | ☐ | · bösartiger Tumor _____ | ☐ | ☐ |
| · Osteoporose | ☐ | ☐ | · andere Erkrankungen? Wenn ja, welche? | ☐ | ☐ |
| · Thrombose/Embolie | ☐ | ☐ | · _____ | | |

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Hatten Sie eine Bestrahlung, Chemo- oder Immuntherapie? Wenn ja, wann? _____ | ☐ | ☐ |
| 8. Haben Sie einen Herzschrittmacher? Besitzen Sie einen Herz- oder einen Endokarditispass? | ☐ | ☐ |
| 9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ ☐ Zigaretten/Tag ☐ Schachteln/Tag ☐ seit _____ Jahren | ☐ | ☐ |
| 10. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? _____ andere Drogen? _____ | ☐ | ☐ |

Hausarzt: _____

Zahnarzt: _____

Notizen:

Datum: _____

Unterschrift: _____