

**PRAXIS DRES. PETERSEN  
AMTSDAMM 81, 27628 HAGEN**

Anamnesebogen

Name: Vorname: Geburtstag:  
Straße: Postleitzahl: Wohnort:  
Tel.: Email:  
Beruf: Versicherung: Zusatzversicherung:  
Hausarzt:

Gesundheitsfragen

Leiden Sie an Grunderkrankungen? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Leiden Sie an Herzerkrankungen? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Sind Sie bereits am Herz operiert worden? Ja  Nein   
Leiden Sie an Lungenerkrankungen? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Leiden Sie an Lebererkrankungen? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Leiden Sie an Nierenerkrankungen? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Leiden Sie an Blutgerinnungsstörungen? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Leiden Sie an Infektionskrankheiten? (Aids, Hepatitis, Tuberkulose, MRSA, etc.)  
Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Wurden oder werden Sie aufgrund einer bösartigen Erkrankung behandelt?  
Ja  Nein  Wenn ja, an welcher?  
Leiden Sie an Allergien? Ja  Nein  Wenn ja, an welchen?  
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja  Nein  Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? Zum Beispiel: ASS, Clopidogrel, Marcumar, Xarelto, Pradaxa  
Ja  Nein  Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente zur Unterstützung des Knochenstoffwechsels sogenannte Bisphosphonate oder andere Chemotherapeutika ein? (Zum Beispiel: Alendronsäure, Ibandronsäure, Zoledronsäure, etc. Diese Medikamente werden manchmal nur ein Mal pro Jahr gegeben- spielen jedoch eine große und wichtige Rolle in der zahnärztlichen Behandlung)

Ja  Nein  Wenn ja, welche und seit wann?

Besteht eine Schwangerschaft, bzw Stillen Sie zur Zeit? Ja  Nein

Wir möchten, dass Sie sich in unserer Praxis Wohl fühlen und möchten Sie nach bestem, wissenschaftlichem Wissen und Gewissen in unserer Praxis behandeln. Dafür brauchen wir zur adäquaten Risikoabwägung die wahrheitsgemäße Beantwortung aller oben genannten Fragen, was Sie uns mit der unten durchgeführten Unterschrift bestätigen. Falls sich im Laufe der Behandlung in Ihrer Anamnese etwas ändern sollte, bitten wir Sie uns darüber sofort in Kenntnis zu setzen.

Ort: Datum: Unterschrift: