

<b>Name, Vorname Patient</b>	<b>Geb. Datum</b>
<b>ggf. Erziehungsberechtigter/Vormund</b>	<b>Geb. Datum</b>

**Allgemeinmediziner/ Hausarzt**

---

**Praxisstandort**

---



---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gern fragen.

**Allgemeine Anamnese**

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen?

**Ja / Nein**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Allergien (welche): .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Anfallsleiden (Epilepsie): .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Atemwegserkrankungen: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Glaukom (Grüner Star): .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Diabetes (welcher Typ): ..... <input type="checkbox"/> Typ I..... <input type="checkbox"/> Typ II..... |                          | <input type="checkbox"/> |
| 6. Blutgerinnungsstörungen:.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Infektionskrankheiten (Hepatitis / AIDS): .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Magen-Darm-Erkrankungen: .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Lebererkrankungen: .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Schilddrüsenerkrankung (welche): .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nierenerkrankung (Chronische Niereninsuffizienz/ Dialyse): .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Herzerkrankungen (Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz)<br>.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Wenn ja, welche?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Aspirin®</i> , <i>ASS®</i> – <i>Acetylsalicylsäure</i> : .....   | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Marcumar®</i> , <i>Falithrom®</i> – <i>Phenprocoumon</i> : .....                                       | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Plavix®</i> , <i>Isocover®</i> – <i>Clopidogrel</i> : .....  | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Brilique®</i> , <i>Possia®</i> – <i>Ticagrelor</i> : .....   | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Efient®</i> – <i>Prasugrel</i> : .....   | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Xarelto®</i> – <i>Rivaroxaban</i> : .....  | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Pradaxa®</i> – <i>Dabigatran</i> : .....   | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Eliquis®</i> – <i>Apixaban</i> : .....   | <input type="checkbox"/> |                          |
| <i>Lixiana®</i> – <i>Edoxaban</i> : .....   | <input type="checkbox"/> |                          |
| 14. Hypertonie (Bluthochdruck): .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hypotonie (erniedrigter Blutdruck): .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Mängeldurchblutung des ZNS/ Apoplex/ Schlaganfall: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Tumorerkrankungen: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Rheumatoide Arthritis: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Osteoporose: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bitte beachten Sie die Rückseite. Vielen Dank! →**

<b>Name, Vorname Patient</b>	<b>Geb. Datum</b>
<b>ggf. Erziehungsberechtigter/Vormund</b>	<b>Geb. Datum</b>

- Ja / Nein**
20. Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt? Wenn ja, mit welchem Präparat?
- Alendromed<sup>®</sup>, Alendronat<sup>®</sup>, Fosamax<sup>®</sup> – Alendron(säure):*.....
- Fosavance<sup>®</sup>, Tevanate<sup>®</sup> – Alendron(säure):* .....
- Bonefos<sup>®</sup>, Ostac<sup>®</sup> – Clodron(säure):* .....
- Bonviva<sup>®</sup>, Bondronat<sup>®</sup> – Ibandron(säure):* .....
- Aclasta<sup>®</sup>, Zometa<sup>®</sup> – Zolendron(säure):* .....
- Actenol<sup>®</sup>, Risedronat<sup>®</sup> – Risedron(säure):* .....
- Aredia<sup>®</sup>, Axidronat<sup>®</sup>, Pamidro-Cell<sup>®</sup> – Pamidron(säure):*.....
- Pamifos<sup>®</sup>, Ribodronat<sup>®</sup> – Pamidron(säure):* .....
- Etidronat<sup>®</sup> – Etidron(säure):* .....
- Didronel<sup>®</sup> – Etidron(säure):* .....
21. Wurden oder werden Sie mit monoklonalen Antikörpern behandelt? .....
- Wenn ja, mit welchem Präparat?
- Xgeva<sup>®</sup>, Prolia<sup>®</sup> – Denosumab:* .....
- Avastin<sup>®</sup> – Bevacizumab:* .....
22. Nehmen Sie weitere Dauer-Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....
- .....
- .....
- .....
- .....
23. Besteht eine Schwangerschaft? .....
24. Rauchen Sie? .....
- Wenn ja, wie viel pro Tag und seit wann? .....
25. Hatten Sie frühere Operationen? Wenn ja, welche? .....
- .....
- .....
- Ich bin mit einer telefonischen und/oder schriftlichen Terminerinnerung einverstanden.**
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Röntgenbild an meinen Zahnarzt übermittelt wird.**

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat!

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_