



Dr. Johannes Kleimann
 Dr. Sabine Wolf-Kleimann
 Gottenheimer Str. 15
 79268 Bötzingen
 Tel. 07663 / 13 63
 www.Praxis-Kleimann.de
 ISO 9001:2008 zertifiziert

Dokumentenkennung:
 2.00 Anamnesebogen.doc

Version 6
 2009-10-14

Mit Rückfragen bei meinem Haus-/Facharzt bin ich einverstanden: JA [] NEIN []

Bei JA: **Name, Adresse und Telefon Ihres Haus- und / oder Facharztes:**

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? JA [] NEIN []

Wenn JA, weshalb: _____

Nehmen oder nahmen Sie sog. Bisphosphonate ein?
 (Osteoporose, Knochentumor, Plasmozytom, Morbus Paget) JA [] NEIN []

Besitzen Sie einen **Allergiepass**? JA [] NEIN []

Besteht bei Ihnen der **Verdacht einer Allergie** gegen...?
 Lokalanästhesie / Betäubung JA [] NEIN []
 Antibiotika JA [] NEIN []
 Schmerzmittel JA [] NEIN []
 Sonstiges: _____ JA [] NEIN []

Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Krankheiten**?

Herz- und Kreislauferkrankungen:

Bluthochdruck JA [] NEIN []
 Zu niedriger Blutdruck JA [] NEIN []
 Herzklappenfehler, Herzklappenersatz, Herzschrittmacher JA [] NEIN []
 Herzschwäche / -insuffizienz JA [] NEIN []
 Herzasthma JA [] NEIN []
 Endokarditis JA [] NEIN []
 Zustand nach Herzoperation oder Herzinfarkt JA [] NEIN []
 Sonstiges: _____

Blutgerinnungsstörungen: Blutarmut / Anämie JA [] NEIN []
 Blutungsneigung / Hämophilie JA [] NEIN []

Infektionskrankheiten: AIDS JA [] NEIN []
 Gelbsucht / Hepatitis JA [] NEIN []
 Tuberkulose JA [] NEIN []

Anfallsleiden / Epilepsie JA [] NEIN []

Lungenerkrankungen / Asthma JA [] NEIN []

Zuckerkrankheit / Diabetes JA [] NEIN []
 Wenn JA, besteht Insulinpflicht? JA [] NEIN []

Niereninsuffizienz / Dialyse JA [] NEIN []

Sonstige Erkrankungen: _____

Angaben zum **Zigarettenkonsum**
 (zur Parodontitis-Risikoabschätzung)

Nichtraucher	Ehemaliger Raucher	bis zu 10 je Tag	11 – 19 je Tag	über 20 je Tag
--------------	-----------------------	---------------------	-------------------	-------------------

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen umgehend mit!

Datum

Unterschrift