Anamnesebogen

DENTALSHAPE
LUXEMBOURG
Cabinet Dentaire GLA

Um Sie sicher zu behandeln und eventuelle Rezepte richtig auszustellen, müssen wir über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Medikamente Bescheid wissen. Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit oder senden Sie ihn uns vorab. **Bitte erneuern Sie den Bogen alle zwei Jahre** oder früher, wenn sich Ihre Gesundheit ändert. Ihre Angaben sind streng vertraulich und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung.

Angaben zum Patienten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Postleitzahl _____

Wohnort _____

Land _____

Handy / Telefon _____

E-Mail _____

Krankenkasse (und Zusatzversicherung) _____

Name Ihres Hausarztes _____

Adresse Ihres Hausarztes _____

Vom Zahnarzt auszufüllen

Blutdruck: systolisch _____ diastolisch _____

Herzfrequenz (Puls) _____ Sauerstoffsättigung _____

Größe _____ Gewicht _____ BMI _____

Letzte Blutuntersuchung ☐ intern ☐ extern _____

Gesundheitsfragebogen

Bitte kreuzen Sie Ja oder Nein an. Wenn Sie mit Ja antworten, beantworten Sie bitte auch die Fragen darunter.

1.	**Hatten Sie eine Bypassoperation am Herzen?**	☐ Ja	☐ Nein
2.	**Haben Sie Schmerzen oder ein Engegefühl in der Brust (Angina pectoris)?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Mussten Sie Ihre Aktivitäten einschränken?	☐ Ja	☐ Nein
	Haben die Beschwerden in letzter Zeit zugenommen?	☐ Ja	☐ Nein
	Haben Sie diese Beschwerden auch in Ruhe?	☐ Ja	☐ Nein
	Ist die Angina pectoris trotz Bypass, Ballondilatation oder Lasertherapie wieder aufgetreten?	☐ Ja	☐ Nein
3.	**Hatten Sie einen Herzinfarkt?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Hatten Sie danach Komplikationen?	☐ Ja	☐ Nein
	Haben Sie noch Beschwerden?	☐ Ja	☐ Nein
	War der Herzinfarkt in den letzten 6 Monaten?	☐ Ja	☐ Nein
4.	**Haben Sie einen Herzfehler, einen Herzklappenfehler oder Herzrhythmusstörungen?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Mussten Sie deswegen Ihre Aktivitäten einschränken?	☐ Ja	☐ Nein
5.	**Haben Sie eine künstliche Herzklappe, einen Herzschrittmacher oder Stents?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Mussten Sie deswegen Ihre Aktivitäten einschränken?	☐ Ja	☐ Nein
6.	**Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Herz- oder Gefäßoperation?**	☐ Ja	☐ Nein
7.	**Haben Sie Herzrasen oder Herzklopfen ohne körperliche Anstrengung?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Müssen Sie sich während eines Anfalls ausruhen, setzen oder hinlegen?	☐ Ja	☐ Nein
	Werden Sie während eines Anfalls blass, kurzatmig oder schwindlig?	☐ Ja	☐ Nein
8.	**Leiden Sie an Herzschwäche (Herzinsuffizienz)?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Sind Ihre Beine abends geschwollen?	☐ Ja	☐ Nein
	Müssen Sie nachts mehr als zweimal Wasser lassen?	☐ Ja	☐ Nein
	Wachen Sie nachts wegen Atemnot auf?	☐ Ja	☐ Nein
	Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als 2 Kissen?	☐ Ja	☐ Nein
9.	**Haben Sie hohen Blutdruck?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Liegt Ihr oberer (systolischer) Wert meist zwischen 160 und 200?	☐ Ja	☐ Nein
	Liegt Ihr unterer (diastolischer) Wert meist zwischen 95 und 115?	☐ Ja	☐ Nein
	Liegt Ihr oberer Wert meist bei 200 oder höher?	☐ Ja	☐ Nein
	Liegt Ihr unterer Wert meist bei 115 oder höher?	☐ Ja	☐ Nein
10.	**Bluten Sie leicht, oder ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung bekannt?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Bluten Sie nach einer Verletzung oder einem Eingriff länger als 1 Stunde?	☐ Ja	☐ Nein
	Bekommen Sie ohne Grund blaue Flecken?	☐ Ja	☐ Nein
11.	**Hatten Sie Lähmungserscheinungen oder Sprachstörungen?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Schlaganfall oder Sprachstörungen?	☐ Ja	☐ Nein
	Hatten Sie ähnliche Beschwerden, die weniger als 24 Stunden anhielten?	☐ Ja	☐ Nein
12.	**Leiden Sie an Epilepsie?** *Falls ja:*	☐ Ja	☐ Nein
	Verschlechtert sich Ihr Zustand?	☐ Ja	☐ Nein
	Welche Medikamente nehmen Sie gegen Epilepsie? _____		
	Wird Ihre Medikation regelmäßig geändert?	☐ Ja	☐ Nein
	Haben Sie trotz Medikamenten noch Anfälle?	☐ Ja	☐ Nein
13.	**Leiden Sie an Hyperventilation?**	☐ Ja	☐ Nein

14. Haben Sie Asthma? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie zurzeit Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
- Fällt Ihnen das Atmen im Moment schwer? ☐ Ja ☐ Nein
- Verwenden Sie ein Asthmaspray? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie während eines Anfalls Fieber? ☐ Ja ☐ Nein

15. Haben Sie Lungenprobleme? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Husten Sie mehr als eine Kaffeetasse Schleim pro Tag ab? ☐ Ja ☐ Nein
- Werden Sie nach 20 Treppenstufen kurzatmig? ☐ Ja ☐ Nein
- Werden Sie beim Anziehen kurzatmig? ☐ Ja ☐ Nein

16. Leiden Sie an Heuschnupfen? ☐ Ja ☐ Nein

17. Sind Sie schon einmal während einer zahnärztlichen Behandlung ohnmächtig geworden? ☐ Ja ☐ Nein

18. Hatten Sie jemals eine allergische Reaktion auf Medikamente oder medizinische Materialien wie Jod, Pflaster oder Latex? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Nehmen Sie Medikamente gegen Ihre Allergie? Welche? _____
- Sind Sie allergisch gegen Penicillin oder andere Antibiotika? ☐ Ja ☐ Nein
- Trat die Allergie bei einer örtlichen Betäubung auf? ☐ Ja ☐ Nein
- Trat die Allergie beim Zahnarzt auf? ☐ Ja ☐ Nein
- Sind Sie gegen etwas anderes allergisch? Wogegen? _____

19. Haben Sie Diabetes? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Welcher Typ? _____
- Spritzen Sie Insulin? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie zurzeit Unter- oder Überzucker? ☐ Ja ☐ Nein
- Werden Sie wegen Herz- oder Gefäßerkrankungen als Folge des Diabetes behandelt? ☐ Ja ☐ Nein
- Machen Sie eine ketogene Diät? ☐ Ja ☐ Nein

20. Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Wurde eine Über- oder Unterfunktion festgestellt? Welche? _____
- Werden Sie deswegen behandelt? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie trotz Behandlung noch Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

21. Haben Sie eine Lebererkrankung? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Seit mehr als 6 Monaten? ☐ Ja ☐ Nein
- Folgen Sie deswegen einer Diät oder nehmen Sie Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

22. Haben Sie eine chronische Nierenerkrankung? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Gehen Sie zur Dialyse? ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie eine Nierentransplantation erhalten? ☐ Ja ☐ Nein
- Folgen Sie deswegen einer speziellen Diät? ☐ Ja ☐ Nein

23. Haben Sie chronische Magen-Darm-Beschwerden, durch die Sie mehr als 10 kg abgenommen haben? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Haben Sie seit mehr als 6 Monaten Durchfall? ☐ Ja ☐ Nein

24. Leiden Sie an Blutarmut mit Beschwerden? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Welche Beschwerden (Müdigkeit, Schwindel usw.)? _____

25. Haben oder hatten Sie eine bösartige Erkrankung (z. B. der Lymphknoten) oder eine Bluterkrankung? *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
- Welche? _____
- Folgen Sie dafür einer Diät oder nehmen Sie Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein
- Erhielten Sie eine Chemotherapie oder eine Knochenmarktransplantation? ☐ Ja ☐ Nein
- Wurden Sie im Bereich von Kopf, Nacken oder Hals bestrahlt? ☐ Ja ☐ Nein
- Liegt die Bestrahlung weniger als 5 Jahre zurück? ☐ Ja ☐ Nein

26. **Haben Sie zurzeit eine ansteckende Krankheit?** *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
Hepatitis A / B / C / D, HIV, Tuberkulose oder andere? Welche, und mit welchen Medikamenten, welcher Behandlung oder Impfung? _____

27. **Haben Sie in den letzten 3 Monaten ein orthopädisches Implantat (z. B. ein künstliches Gelenk) erhalten?** ☐ Ja ☐ Nein

28. **Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate, z. B. Fosamax, Alendronat, oder Denosumab-Spritzen)?** *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
Welche, und seit wann? _____

29. **Mussten Sie jemals vor einer zahnärztlichen Behandlung Antibiotika einnehmen?** *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
Welche? _____

30. **Konsumieren Sie Drogen?** ☐ Ja ☐ Nein

31. **Trinken Sie mehr als 5 alkoholische Getränke pro Tag?** ☐ Ja ☐ Nein

32. **Sind Sie schwanger, oder könnten Sie schwanger sein?** ☐ Ja ☐ Nein

33. **Rauchen oder dampfen Sie?** *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

34. **Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?** *Falls ja:* ☐ Ja ☐ Nein
Für das Herz? Welche? _____
Blutverdünner? Welche? _____
Gegen Bluthochdruck? Welche? _____
Aspirin oder Schmerzmittel? Welche? _____
Gegen eine Allergie? Welche? _____
Gegen Diabetes? Welche? _____
Prednison, Kortison oder Ähnliches? Welche? _____
Gegen Übersäuerung / Sodbrennen? Welche? _____
Gegen Haut- oder Darmerkrankungen oder Rheuma? Welche? _____
Gegen Krebs oder eine Bluterkrankung? Welche? _____
Penicillin oder andere Antibiotika? Welche? _____
Beruhigungsmittel, Schlafmittel oder Antidepressiva? Welche? _____
Nehmen Sie täglich starke Schmerzmittel (Opioide)? Welche? _____
Andere Medikamente? Welche? _____

35. **Nehmen Sie zurzeit Nahrungsergänzungsmittel? Falls ja, kreuzen Sie diese in der Tabelle unten an.** ☐ Ja ☐ Nein

Nahrungsergänzung

Vitamine
- ☐ Vitamin A
- ☐ Vitamin B1
- ☐ Vitamin B6
- ☐ Vitamin B9 (Folat)
- ☐ Vitamin B12
- ☐ Vitamin C
- ☐ Vitamin D
- ☐ Vitamin E
- ☐ Vitamin K1
- ☐ Vitamin K2
- ☐ _____

Mineralstoffe
- ☐ Magnesium
- ☐ Zink
- ☐ Selen
- ☐ Chrom
- ☐ Calcium
- ☐ Molybdän
- ☐ Kalium
- ☐ Eisen
- ☐ Kupfer
- ☐ Silicium
- ☐ _____

Fettsäuren
- ☐ Omega-3
- ☐ Omega-6
- ☐ Omega-9
- ☐ _____
- ☐ _____

Aminosäuren
- ☐ L-Tyrosine
- ☐ L-Proline
- ☐ L-Theanine
- ☐ L-Methionine
- ☐ L-Carnitine
- ☐ L-Glutamine
- ☐ L-Lysine
- ☐ L-Arginine
- ☐ L-Cysteine
- ☐ Glutathione
- ☐ _____

Aminosäure-Mischungen
- ☐ BCAA
- ☐ GABA
- ☐ DLPA
- ☐ _____
- ☐ _____

Pflanzenstoffe
- ☐ _____
- ☐ _____

Algen
- ☐ Chlorella
- ☐ Spirulina
- ☐ Astaxanthin
- ☐ _____
- ☐ _____

Essenzielle Stoffe
- ☐ Q10 (ubiquinone)
- ☐ MSM
- ☐ Detox
- ☐ _____
- ☐ _____

Entzündungshemmend
- ☐ Bromelain
- ☐ Papain
- ☐ Quercetin
- ☐ Curcuma
- ☐ _____

36. **Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?** *Falls ja, wie stark, auf einer Skala von 1 (ein wenig) bis 10 (extrem)?* _____ ☐ Ja ☐ Nein

37. **Haben Sie eine Krankheit oder Störung, nach der hier NICHT gefragt wurde?** ☐ Ja ☐ Nein
Welche? _____

38. **Treiben Sie Sport oder machen Sie eine Bewegungstherapie?** ☐ Ja ☐ Nein
Welche, und wie oft? _____

Ernährungstagebuch

39. Was essen und trinken Sie in einer typischen Woche? Bitte nennen Sie Kohlenhydrate, Zucker, Fette, Kaffee oder Tee sowie Tabak.

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Snacks & Getränke
Mo				
Di				
Mi				
Do				
Fr				
Sa				
So				

Art der Ernährung (z. B. vegetarisch, vegan, glutenfrei, kohlenhydratarm) _____

Gibt es noch etwas, das wir wissen sollten?

Zum Beispiel Krankheiten, die in Ihrer Familie vorkommen.

_____

_____

_____

_____

Termine

Bitte erscheinen Sie pünktlich zu Ihrem Termin. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 36 Stunden vorher ab, damit wir die Zeit einem anderen Patienten anbieten können. Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage behalten wir uns vor, den reservierten Termin in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, dass ich diese Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet habe, und dass ich die Praxis über jede Änderung meines Gesundheitszustands informiere.

Datum _____ Unterschrift Patient _____

Behandler _____ Unterschrift Behandler _____

Vom Zahnarzt auszufüllen: Organfunktion

Herz _____

Lunge _____

Leber _____

Nieren _____

Darm _____

Bauchspeicheldrüse _____