

Anamnesebogen für Frauen

Ihr **Name**: _____

Ihr **Geburtsdatum**: ____ . ____ . ____

1) Wurde bei Ihnen einmal folgendes diagnostiziert? (bei „Ja“ bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Bluter | <input type="radio"/> Magen- oder Darmgeschwür |
| <input type="radio"/> Diabetiker | <input type="radio"/> Schilddrüsenüber/-unterfunktion |
| <input type="radio"/> Rheumatiker | <input type="radio"/> Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> Epileptiker | <input type="radio"/> erhöhte Blutfettwerte |
| <input type="radio"/> Angeborener/erworbener Herzfehler | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Borreliose | <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="radio"/> Osteoporose | |

2) Besteht bei Ihnen derzeit eine **Schwangerschaft** bzw. befinden Sie sich in der **Stillzeit**?

- Schwangerschaft Stillzeit

3) Sind Sie **Raucherin**?

- Wenn ja, seit wann? Wie viele?

4) Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**?

- Ja Nein

5) Leiden Sie an einer **Allergie**?

a) Gegen Medikamente (Welche?: _____)

b) Vertragen Sie die lokale Betäubung beim Zahnarzt?

- Ja Nein

c) Sind Sie gegen Nahrungsmittel allergisch?

- Ja Nein

d) Haben Sie Probleme mit sog. Inhalationsallergenen (Hausstaub, Pollen, Tierhaare etc.)

- Ja Nein

e) Leiden Sie an einer Allergie gegen Umweltallergene (Insektenstich, Kosmetik, Shampoo, Deo, Modeschmuck, Nahrungszusatzstoffe, Teppichboden, Latex usw.)

- Ja Nein

6) Gibt es **chronische Erkrankungen bei Ihren Eltern bzw. Geschwistern**?

Vater: _____

Mutter: _____

Geschwister: _____

7) Kennen Sie Ihre **Blutgruppe**?

Blutgruppe: _____

Rhesusfaktor: _____

8) Wurden Sie in der Vergangenheit einmal mit Präparaten aus der Substanzgruppe der **Fluorchinolone** behandelt? (ggfls. bitte ankreuzen)

- Enoxacin
- Norfloxacin
- Ciprofloxacin
- Ofloxacin
- Levofloxacin
- Moxifloxacin
- Nadifloxacin
- Lomefloxacin

9) Waren Sie schon einmal **Patient in einem Krankenhaus**? Wenn ja, wann und weswegen?

Jahr	Grund des Aufenthalts (z.B. Mandel-OP, Kindsgeburt usw.)

10) Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit einmal eine **kieferorthopädische Maßnahme** durchgeführt (Spange, Brackets) ?

- Ja
- Nein

11) Nehmen Sie regelmäßig Substanzen zu sich (Medikamente, Nahrungsergänzungen, Hormone usw.)? Wenn ja: Welche Substanz bzw. welches Präparat und in welcher Dosierung?

Substanz bzw. Präparat	Dosierung

12) Hier finden Sie **Raum für Anmerkungen, die Ihnen wichtig sind**

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten