



Allgemeiner Anamnesebogen - **englisch** -

General Questionnaire

Nachname Last name: Vorname First name: Geburtsdatum Date of birth:

Address:.....

Phonenumber/ Mobile Number:.....

Ist eine Versicherung vorhanden? Do you have a Health insurance? Wenn ja, welche Yes, with..... nein no.....

Dear patient,

all diseases can have a consequence to your treatment. Please fill this questionnaire very carefully. This questionnaire helps us treat you in the very best way.

(Please fill in the blanks or cross the answer!)

- 1. Are you taking medicaments on a regular Basis? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Yes no
If yes, wich ones? Wenn ja, welche?.....
2. Are you taking any medicine to help make your blood thinner? To block?
Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung Yes no
(i.e. Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)?
If yes, which ones? Wenn ja, welche?.....
3. Is their any medicaments that you don´t tolerate? Yes no
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?
If yes, which ones? Wenn ja, welche?.....
4. Do you have any allergic reaction? Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Yes no
- To some materials? Bei bestimmten Materialien? Yes no
- To some medicines? Bei bestimmten Arzneimitteln? Yes no
- To some aliments? Bei bestimmten Nahrungsmitteln? Yes no
5. Do you have any of the following allergies? Haben Sie eine
- Allergy to penicillin? Penicillinallergie? Yes no
- Allergy to iodine? Jodallergie? Yes no
- Allergy to latex? Latexallergie? Yes no
6. Do or did you have any heart disease? Haben o. hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Yes no
- Congenital or acquired heart defect? Angeborener oder erworbener Herzfehler? Yes no
- Heart valve defect or prosthetic heart valve? Herzklappenfehler o. -Prothese? Yes no
- Endocarditis (Inflammation of heart tissues)? Herzinnenhautentzündung? Yes no
- Heart surgery? Herzoperationen? Yes no
- Do you have a pacemaker? Haben Sie einen Herzschrittmacher? Yes no

7. Do or did you have one of the following diseases? *Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?*
- Contagious diseases? (i.e. Tuberculosis, Hepatitis, Aids)? *Infektionskrankheiten* Yes no
 - Liver disease? *Lebererkrankungen?* Yes no
 - Heart disease (heart attack, angina pectoris)? *Herzerkrankungen?* Yes no
 - High blood pressure? *Zu hoher Blutdruck?* Yes no
 - Low blood pressure? *Zu niedriger Blutdruck?* Yes no
 - Stroke? *Schlaganfall?* Yes no
 - Kidney diseases? *Nierenerkrankungen?* Yes no
 - Diabetes? *Diabetes?* Yes no
 - Thyroid diseases? *Schilddrüsenerkrankung?* Yes no
 - Blood diseases ? *Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen?* Yes no
 - Nerve diseases? *Nervenerkrankungen?* Yes no
 - Spasm attacks? (i.e.Epilepsy)? *Anfallsleiden* Yes no
8. Did you have any surgery in the last year? *Sind Sie im letzten Jahr operiert worden?* Yes no
 When an which body part? *Wenn ja, in welchem Körperbereich?*
9. Do or did you have any injury in your face /jawbone? Yes no
Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich?
10. Until now did you tolerate injections at your dentist well? Yes no
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen?
11. Did you have any after bleeding after a tooth was taken out? Yes no
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?
12. Did you ever have some dental work realized inconconnection with a general condition? Yes no
Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden?
13. When where you x-rayed for the last time? *Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?*
 Which body part? *In welchem Körperbereich?*
14. **For women:** *Bei Frauen:*
- Are you pregnant? *Besteht eine Schwangerschaft?* Yes no
 If yes, which month? *Wenn ja, in welchem Monat?*.....
15. Name and address of your doctor: *Name und Anschrift des Hausarztes*

City, date *Ort, Datum*

Patient signature *Unterschrift des Patienten*