

---

**Dr. Dr. Mathy & Kollegen**  
**Kieferchirurgie und Implantologie Aschaffenburg**

Frohsinnstraße 15  
63739 Aschaffenburg  
Telefon: 0 60 21 – 37 71 7-0  
Mail: [info@mathy.eu](mailto:info@mathy.eu)  
Web: [www.mathy.eu](http://www.mathy.eu)

---

**Anamnesebogen**

---

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Für eine gezielte Behandlung, ist für uns die Kenntnis über bestehende Erkrankungen unbedingt erforderlich. Daher bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

- |                                                                                    |                          |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1. Herzerkrankungen?<br>z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher, ... | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 2. Blutdruckveränderungen?<br>z. B. zu hoch, zu niedrig, Kollapsneigung            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 3. Nierenerkrankungen?                                                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 4. Lungenerkrankungen?<br>z. B. Asthma, ...                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 5. Blutkrankheiten?<br>z. B. Anämie, Gerinnungsstörung ...                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 6. Schlaganfall?                                                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 7. Anfallsleiden?<br>z. B. Epilepsie ...                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?                                            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 9. Infektionskrankheiten?<br>z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, ...                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 10. Allergien<br>Wenn ja, gegen _____                                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 11. Rauchen Sie?<br>Wenn ja, wie viel? _____                                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?<br>Wenn ja, welche? _____                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 13. Hatten oder haben Sie eine bösartige Erkrankung?                               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 14. Sonstiges: _____                                                               |                          |                            |
| 15. Für Frauen:<br>Besteht eine Schwangerschaft?                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Aschaffenburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter