

**Dr.med.Dr.med.dent. Alexander Mathy**  
**Dr.med.Dr.med.dent. Martin Schmidt**  
**Dr.med. Gabriele Ebermaier-Schumacher**  
Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
**Sabine Theobald**  
**Dr.med.dent. Julia von Eichel**  
Zahnärztinnen

**Frohsinnstraße 15**  
**63739 Aschaffenburg**  
**Tel.: 06021/3069-0**  
**Fax: 06021/3069-77**  
**E-Mail: mail@mathy.eu**  
**Web: 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?  Ja  Nein  
z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher, ...
2. Blutdruckveränderungen?  Ja  Nein  
z. B. zu hoch, zu niedrig, Kollapsneigung
3. Nierenerkrankungen?  Ja  Nein
4. Lungenerkrankungen?  Ja  Nein  
z. B. Asthma, ...
5. Blutkrankheiten?  Ja  Nein  
z. B. Anämie, Gerinnungsstörung ...
6. Schlaganfall?  Ja  Nein
7. Anfallsleiden?  Ja  Nein  
z. B. Epilepsie ...
8. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?  Ja  Nein
9. Infektionskrankheiten?  Ja  Nein  
z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, ...
10. Allergien  Ja  Nein  
Wenn ja, gegen \_\_\_\_\_
11. Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_
12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
13. Hatten oder haben Sie eine bösartige Erkrankung?  Ja  Nein
14. Sonstiges: \_\_\_\_\_
15. Für Frauen:  
Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

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

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