

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____
Tel. privat _____ Mobil _____
E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein
Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____
Tel. _____
Ort _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Bei Nichteinhalten von Terminen bzw. kurzfristigen Absagen wird Ihnen dies laut §§ 615, 293 BGB in Rechnung gestellt.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Überweisung von
 Telefon-/ Branchenbuch Internet, über die Seite
 Zeitungsanzeige sonstiges

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine ...

Routinekontrolle neuen Zahnersatz Beratung
 „zweite Meinung“ Schmerzbehandlung
 andere Gründe: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe

Kreislauf

- Niedrigen Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutung Störung
- Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

Blasen-Nieren

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

Bewegungsapparat

- Rheuma
- Rheumatoide Arthritis
- Gicht

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Zentrales Nervensystem

- Epileptische Anfälle

Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen
- Migräne

Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis A B C

Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

Atmungswege / Lunge

- Asthma
- Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Haut und / oder Geschlechtskrankheiten
- Tumorerkrankung
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach
- Osteoporose

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben die eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **z.B. Blutverdünner?** Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Nein

Ja

Wie viel? _____

Allergiepass?

Traten oder treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?

❖ Sind Sie z.Zt. Schwanger?

Ja

Nein

ungewiss

Zum Schluss:

- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?
- Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährliche Kontrolltermine erinnert werden?
- Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Ort, Datum

Unterschrift