

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

willkommen in unserer Praxis. Wir benötigen einige Informationen, um eine komplikationslose Behandlung, eine gesetzmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation gewährleisten zu können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Wir bedanken uns herzlich für Ihre gewissenhafte Mitarbeit.

Name/Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon mobil
Krankenkasse	Hausarzt
Email	

Für **Privat** Versicherte: Wie sind Sie versichert :  freiwillig  Basistarif  Beihilfe

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Asthma	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lebererkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Osteoporose	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Rheuma	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Herzerkrankungen / Herzschrittmacher	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Kreislaufprobleme	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Epilepsie	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Krebs	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
HIV (Aids)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Tuberkulose	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

**BITTE WENDEN →**

Hepatitis	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Allergien	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Welche: _____	
Sonstige Infektionen / Erkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Welche: _____	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Welche: _____	
	_____	
	_____	
Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Welche Stelle: _____	
Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Gegen was _____	
Möchten Sie von uns an die jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Wie sollen wir Sie kontaktieren?	<input type="radio"/> Email	<input type="radio"/> Brief <input type="radio"/> Anruf

**Für unsere Patientinnen:**

Besteht eine Schwangerschaft	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Welche Woche: _____	

**Hinweis:**

ⓐ Beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten hervorgerufen werden.

ⓑ Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn min. 24 Stunden vorher ab, ansonsten behalten wir uns vor, den Verdienstausschuss privat in Rechnung zu stellen.

**Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben sowie die Kenntnisnahme und eventueller Bereitschaft zu den angebotenen Maßnahmen.**

---

Datum / Ort

Unterschrift