

Anamnesebogen

Stempel Praxis/Klinik:

Patient

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Zahlungspflichtiger (in der Regel der Patient selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- Ich bin pflichtversichert
- Ich bin freiwillig versichert
- Ich bin beihilfeberechtigt
- Ich bin privat zusatzversichert

- Ich bin privat versichert
- Ich bin Standardtarifversicherter gemäß § 25 Abs. 2a SGB V

- Ich bin nicht versichert
- Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Zahlungspflichtigen

Schüler/Student

Anschrift des Arbeitgebers

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Bitte Rückseite beachten

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) Tuberkulose nein
 Zuckerkrankheit Leberkrankheiten
 Rheuma Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)
 Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen
 HIV-Infektion
 ggf. seit wann

- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien ja nein
 Wenn ja, welche

- c) Herzinfarkt ja nein
 Nehmen Sie Marcumar? ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Lähmungen ja nein
 ggf. seit wann

2. Wie hoch ist Ihr Blutdruck?
 niedrig normal hoch
 ggf. Werte

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
 Wenn ja, welche

5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 ggf. welche Woche ungewiss

6. Rauchen Sie? ja nein
 Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten:

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?
Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann. ja nein

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
 Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

10. Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert? ja nein

11. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

12. Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

.....
 Datum/Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten Unterschrift Arzt/Zahnarzt

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.)