

# ANAMNESEBOGEN



## Persönliche Angaben

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon (privat): .....

E-Mail: .....

Beruf: .....

Krankenkasse: .....

Gesetzlich

Zahnzusatzversicherung

Privat

Beihilfeberechtigt

Basistarif

Behandelnder Hausarzt: .....

## Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen von Herz und Kreislauf

ja  nein

Herzinfarkt

Bypass

Herzfehler

Herzschrittmacher

Angina Pectoris

Herzrhythmusstörungen

Künstliche Herzklappe

Atemwegserkrankungen

ja  nein

Asthma

COPD

Infektionserkrankungen

ja  nein

HIV/Aids

TBC

MRSA

Lebererkrankungen

ja  nein

Hepatitis

A

B

C

Nierenerkrankungen

ja  nein

Dialyse

Chron. Niereninsuffizienz

Stoffwechselstörungen

ja  nein

Diabetes

Schilddrüsenerkrankung

Erkrankungen an Knochen/Skelettsystem

ja  nein

Osteoporose

Muskelerkrankung

Rheuma

Künstliche Gelenke

Sonstige Erkrankungen

ja  nein

erhöhter Blutdruck

Glaukom

niedriger Blutdruck

Epilepsie

Blutgerinnungsstörung

Tumorleiden

Psychische Erkrankung

Suchterkrankung

Allergien (Arzneimittelunverträglichkeiten)

ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

Nehmen Sie zur Zeit oder

regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Blutverdünnende Medikamente

ja  nein

Xarelto, Plavix

Marcumar/Falithrom

ASS

Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate)

ja  nein

Sonstige Medikamente

ja  nein

Rauchen Sie?

ja  nein

Gab es mal Komplikationen bei

einer zahnärztlichen Behandlung?

ja  nein

welcher Monat? .....

pro Tag: .....

## Einverständnis zum Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

ja  nein

Wenn ja, wie möchten Sie erinnert werden?

per Post

per E-Mail

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)