

ANAMNESEBOGEN



Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Zahnzusatzversicherung

Privat

Telefon (privat):

Basistarif

E-Mail:

Beruf:

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

welcher Monat?

Nehmen Sie zur Zeit oder

regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Blutverdünnende Medikamente

ja nein

Xarelto, Plavix

Marcumar/Falithrom

ASS

Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate)

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

pro Tag:

Gab es mal Komplikationen bei

einer zahnärztlichen Behandlung?

ja nein

Einverständnis zum Recall

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine per E-Mail erinnert werden? ja nein

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)