



Anamnesebogen

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und wahrheitsgemäß aus. Ihre Angaben sind sehr wichtig für Ihre optimale Behandlung in unserer Praxisklinik.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB).

Angaben zum Patienten / zur Patientin:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr., PLZ, Ort:

Telefon- und Mobilnummer:

Beruf und Arbeitgeber:

Name des Zahnarztes:

Name des Hausarztes:

Name des überweisenden Arztes:

Krankenversicherung:

Gesetzlich Privat Zusatzversicherung

Name des Versicherten (falls abweichend):

Geburtsdatum des Versicherten (falls abweichend):

Angaben zu aktuellen oder früheren Erkrankungen:

	Ja	Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck, Ohnmachtsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chemotherapie oder Bestrahlung nach Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Fortsetzung

	Ja	Nein
Augenerkrankung (z.B. grauer / grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochenerkrankung (z.B. Osteoporose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien oder Überempfindlichkeiten Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie wegen anderer Erkrankungen in ständiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. ASS, Plavix, Marcumar)? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikament bei Osteoporose oder Tumorerkrankungen) behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Hinweise

.....

.....

.....

.....

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift