

# ANAMNESEBOGEN

---

Liebe Patientin, lieber Patient!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## **Persönliches**

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

## **Krankenkasse / private Krankenversicherung**

gesetzlich versichert     ja     nein                      privat versichert             ja     nein  
Zusatzversicherung       ja     nein                      beihilfeberechtigt         ja     nein

## **Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?**

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## **Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_

## **Hinweise zur Organisation**

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab.

Bei Nichteinhalten von Terminen bzw. kurzfristigen Absagen wird Ihnen dies laut §§ 615, 293 BGB in Rechnung gestellt.

## **Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

von Bekannten empfohlen                       Überweisung von  
 Telefon-/ Branchenbuch                       Internet, über die Seite  
 Zeitungsanzeige                       sonstiges

## **Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine ...**

Routinekontrolle             neuen Zahnersatz             Beratung  
 „zweite Meinung“         Schmerzbehandlung  
 andere Gründe: \_\_\_\_\_

## **Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe**

### **Kreislauf**

- Niedrigen Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutung Störung
- Schlaganfall

### **Erkrankung des blutbildenden Systems**

- Blutarmut
- Bluter

### **Blasen-Nieren**

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

### **Bewegungsapparat**

- Rheuma
- Rheumatoide Arthritis
- Gicht

### **Stoffwechsel**

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

### **Zentrales Nervensystem**

- Epileptische Anfälle

### **Herz**

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

### **Vegetatives Nervensystem**

- Kopfschmerzen
- Migräne

### **Leber**

- Gelbsucht
- Hepatitis  A  B  C

### **Augen**

- Grauer Star
- Grüner Star

### **Atmungswege / Lunge**

- Asthma
- Bronchitis

### **Magen-Darm-Trakt**

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

## **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Haut und / oder Geschlechtskrankheiten
- Tumorerkrankung
- Rötten, Mumps, Masern, Scharlach
- Osteoporose

## **Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben die eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **z.B. Blutverdünner?** Wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie?

Nein

Ja

Wie viel? \_\_\_\_\_

Allergiepass?

Traten oder treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?

---

❖ Sind Sie z.Zt. Schwanger?

Ja

Nein

ungewiss

## **Zum Schluss:**

- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?
- Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährliche Kontrolltermine erinnert werden?
- Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

---

Ort, Datum

---

Unterschrift