



Anmelde- und Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
für eine reibungslose und risikoarme Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen gewissenhaft zu lesen und auszufüllen. Kreuzen Sie die zutreffenden Felder einfach an und machen Sie nähere Angaben, wenn nötig. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Name, Vorname

Telefon privat

Geburtsdatum

Telefon geschäftlich

Straße, Hausnummer

E-Mail Adresse

PLZ, Ort

Beruf

Krankenkasse / Versicherung

- gesetzlich
- freiwillig

- privat
- Standardtarif
- Beihilfe

Hausarzt

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Allgemeiner Gesundheitszustand:

- Waren Sie bis vor kurzem oder sind Sie noch in ärztlicher Behandlung?

wegen:

Blutdruck niedrig normal hoch

Medikamente - Nehmen Sie ein?

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide) Antidepressiva
- blutverdünnende Med. Schmerzmittel Bisphosphonate
- andere Medikamente

Haben Sie eine Allergie auf:

- Lokalanästhesie Antibiotika
- Schmerzmittel
- Latex Metalle
- Jod

Leiden Sie an anderen Allergien oder Unverträglichkeiten?

welche: Allergiepass

bitte wenden

Leiden oder litten Sie an einer Krankheit in den folgenden Bereichen?

- Herzinfarkt (wann?)
- Herzoperationen (wann? welche?)
- Endokarditis / Herzpass / Herzschrittmacher?
- Schlaganfall (wann?)
- Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen (welche?)
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)
- Diabetes (zuletzt gemessener Wert?)
- Leberkrankheiten (wann?)
- Infektionskrankheiten (z.B. : HIV-Infektion, TBC, Hepatitis, etc.)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Asthma
- Augenerkrankungen (z.B.: grüner Star)
- sonstige Erkrankungen:
- Unfälle, Verletzungen, Operationen im Kopf- / Halsbereich
- keine Erkrankung

Rauchen Sie? nein ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? nein ja ungewiss

Zahnärztliche Anamnese:

Datum der letzten zahnärztlichen Röntgenuntersuchung ca. :

- Zahnschmerzen
- Zahnfleischbluten Zahnfleischbeschwerden
- Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen Kiefergelenkschmerzen

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Teilen Sie unserer Praxis bitte künftig Änderungen ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und ihres Versicherungsstatus mit.

Sollten Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen möglichst frühzeitig (24 Std.) vorher abzusagen.

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für vier bis sechs Stunden beeinträchtigt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten