

Anamnesebogen
(bitte auch die Rückseite beachten)

Nachname, Vorname (PatientIn)

Geburtsdatum

Geschlecht: m ☐ w ☐ d ☐

—
Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

Email

Geburtsort

Name der Krankenkasse

ArbeitgeberIn

Bei privater Versicherung ☐ Ich bin im PKV-Standardtarif versichert ☐ Ich bin beihilfeberechtigt

Hausarzt/ Hausärztin – Name, Adresse, Telefon

Sind PatientIn und Zahlungspflichtige/r nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtige/r)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der/ die PatientIn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

☐ Ja ☐ Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

☐ Ja ☐ Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankung

☐ Ja ☐ Nein

Herzoperation (Bypass/Stent)

☐ Ja ☐ Nein

Herzschritmacher

☐ Ja ☐ Nein

Endocarditis

☐ Ja ☐ Nein

(Entzündung der Herzinnenhaut)

Schlaganfall

☐ Ja ☐ Nein

Blutgerinnungsstörung

☐ Ja ☐ Nein

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
--------------------	-----------------	---------------------------

Infektionserkrankungen:

HIV	☐ Ja ☐ Nein	_____
Hepatitis	☐ Ja ☐ Nein	_____
Tuberkulose	☐ Ja ☐ Nein	_____
andere:		_____

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika (örtliche Betäubung)	☐ Ja ☐ Nein	_____
Schmerzmittel	☐ Ja ☐ Nein	_____
Antibiotika	☐ Ja ☐ Nein	_____
andere:		_____

Weitere Erkrankungen:

Asthma	☐ Ja ☐ Nein	_____
Lungenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	☐ Ja ☐ Nein	_____
Rheuma	☐ Ja ☐ Nein	_____
Epilepsie	☐ Ja ☐ Nein	_____
Diabetes	☐ Ja ☐ Nein	_____
Nierenfunktionsstörungen	☐ Ja ☐ Nein	_____
Ohnmachtsneigung	☐ Ja ☐ Nein	_____
Endoprothese (künstliches Gelenk)	☐ Ja ☐ Nein	_____
andere:		_____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, was: _____ Kein Konsum mehr seit: _____
<u>Verstärkter</u> Alkoholgenuss	☐ Ja ☐ Nein	_____
Raucher	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, ☐ 0-10 Zig./Tag ☐ über 10ig./Tag
Regelmäßige Medikamente	☐ Ja ☐ Nein	_____ ggf. Medikamentenliste beifügen
Schwangerschaft	☐ Ja ☐ Nein	Schwangerschaftswoche/-monat: _____
Besitzen Sie ein Bonusheft	☐ Ja ☐ Nein	_____
Besitzen Sie eine private Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen?	☐ Ja ☐ Nein	_____

Möchten Sie halbjährlich für die Kontroll-Untersuchung von uns angeschrieben werden?

Ja, per ☐ Brief ☐ Nein
☐ Email
☐ SMS

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
- **Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu**
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe

Datum

Unterschrift PatientIn oder Zahlungspflichtige/r / Erziehungsberechtigte/r