

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Vorbereitung einer verantwortlich qualitativen Behandlung benötigen wir persönliche Angaben von Ihnen. Allgemeine Erkrankungen oder Medikamenteneinnahmen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bei Unverständlichkeit fragen Sie bitte unsere Mitarbeiterinnen oder uns Zahnärzte selbst.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Krankenkasse: _____ gesetzlich versichert privat versichert
 Basistarif Beihilfeberechtigt

Sind Patient/-in und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Leiden Sie an:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz- und Kreislaufstörungen | <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen/Ohnmachtserscheinungen |
| <input type="radio"/> Allergien/Asthma/Heuschnupfen | <input type="radio"/> Arzneimittelunverträglichkeit (z.B. Penicillin) |
| <input type="radio"/> Blutkrankheit, Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Blutdruck <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> niedrig | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt oder Schlaganfall | <input type="radio"/> sonstige Erkrankungen: _____ |
| <input type="radio"/> Hepatitis A, B, C wenn ja, welche: _____ | |
| <input type="radio"/> Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Tuberkulose) wenn ja, welche: _____ | |

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Wenn ja, welche: _____

Wer ist Ihr Hausarzt/-ärztin? _____

Möchten Sie an Termine zu Ihrer Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja Nein

Wünschen Sie - wenn notwendig - eine Behandlung mit örtlicher Betäubung? Ja Nein

Treten Nebenwirkungen nach der Injektion örtlicher Betäubungsmittel auf? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Besteht eine Pflegestufe oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII? Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift