



## ANAMNESEBOGEN – Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

|   |   |                                 |   |
|---|---|---------------------------------|---|
| Patient/in:   | Name<br><input type="text"/>            | Vorname<br><input type="text"/> | Geburtsdatum/-ort<br><input type="text"/> |
| gesetzliche<br>Vertretung /<br>Zahlungspflich-<br>tige Person | Name<br><input type="text"/>            | Vorname<br><input type="text"/> | Geburtsdatum/-ort<br><input type="text"/> |
| Anschrift:  | Straße<br><input type="text"/>          |                                 | PLZ<br><input type="text"/>               |
|   | Telefon / Mobil<br><input type="text"/> |                                 | Ort<br><input type="text"/>               |
|   | E-Mail<br><input type="text"/>          |                                 |   |

Krankenkasse/-versicherung \_\_\_\_\_

- gesetzlich versichert  freiwillig  Zusatzversicherungen  Kostenerstattung
- privat versichert  Vollversicherung  beihilfeberechtigt  Basistarif

### Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

**Leiden oder litten Sie an ...** Ja    Nein

- akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs / Herzens  
(Bluthochdruck, künstliche Herzklappen o.Ä.)? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids, MRSA)? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - inneren Krankheiten (Diabetes, Asthma o.Ä.)? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - Überempfindlichkeiten (Allergie)? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - anderen Erkrankungen? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 
- Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_
  - Nehmen Sie aktuell Medikamente? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - Gab es schon einmal Komplikationen bei einer  
zahnärztlichen Behandlung? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
  - Rauchen Sie?
  - Angstpatient?
  - Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden von uns gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift (Patient/in / Zahlungspflichtige Person / gesetzliche Vertretung)