



## ANAMNESEBOGEN

Um eine möglichst komplikationslose Behandlung durchzuführen, bitte ich Sie die Anmeldung sorgfältig und wahrheitsgemäß auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht

### PATIENT

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Wohnort
_____	_____	
Hausarzt	Telefon   Mobil	

### VERSICHERTER (bitte nur bei Familienversicherten ausfüllen)

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Wohnort
_____	_____	
Krankenkasse	Arbeitgeber	

### LEIDEN SIE AN: Bitte ankreuzen

	JA	NEIN		JA	NEIN
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche			Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Wenn JA, welche?		

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche		
_____		



**LEIDEN SIE AN:** Bitte ankreuzen

	JA	NEIN
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehmen Sie Marcumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz.-Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Für Patientinnen:**

Besteht eine Schwangerschaft?  JA  NEIN

Wenn JA, voraussichtlicher  
Entbindungstermin

\_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? \_\_\_\_\_

Wie alt ist evtl. vorhandener Zahnersatz? \_\_\_\_\_ Jahre

Möchten Sie alle 6 Monate kostenlos an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  JA  NEIN

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von:  \_\_\_\_\_  Instagram  Facebook  Google

Bitte beachten Sie, dass bei Verabreichung von Anästhesiemitteln (Betäubungsspritze) der Umgang mit Maschinen und die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift