



## ANAMNESEBOGEN

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_ (mobil)

Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Die Praxis wurde mir empfohlen von: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  gesetzlich  privat

Terminreminderung:  SMS  E-Mail  Postkarte

Vorsorgeerinnerung alle 6 Monate (Recall):  ja  nein

Versicherter (Hauptversicherte/Erziehungsberechtigte)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Rauchen Sie?
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen
- Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Hatten Sie eine Herzoperation (Bypass - OP, Herzschrittmacher)?
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten (Hepatitis)
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Asthma/Lungenerkrankungen
- Rheuma
- HIV positiv?



2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche?

\_\_\_\_\_

3. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Tumorthherapie oder Osteoporose-Therapie?

\_\_\_\_\_

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? \_\_\_\_\_

6. Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente?(ASS, Marcumar .... )

\_\_\_\_\_

7. Wann waren sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

8. Wann wurden Sie das letzte mal im Kopfbereich geröntgt? \_\_\_\_\_

9. Wer war ihr vorbehandelnder Zahnarzt-/ärztin? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Sind Sie an Prophylaxemaßnahmen interessiert? \_\_\_\_\_

11. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

ungewiss

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter. Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.

Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie ihn bitte mindestens 48 Std. vorher ab, um die Berechnung einer Ausfallgebühr nach §615 BGBG zu vermeiden.

Ketsch, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_