



Anamnesefragebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, damit wir alles Notwendige für Ihre Behandlung berücksichtigen können. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Falls Sie Hilfe bei der Beantwortung der Fragen benötigen, helfen wir Ihnen gerne.

Patient:

Name: _____

Krankenkasse / Versicherung: _____

Vorname: _____

Beihilfeberechtigung: ja nein

Straße, Nummer: _____

Zusatzversicherung: ja nein

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon (privat): _____

Adresse: _____

Telefon (mobil): _____

Rechnungsempfänger bei Minderjährigen:

Telefon (beruflich): _____

Name: _____

E-Mail: _____

Adresse: _____

Homepage: _____

Hausarzt: _____

Adresse: _____

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

	Ja	Nein		Ja	Nein
- Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzfehler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Lebererkrankung/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Magen/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Blutgerinnungsstörungen / langes Nachbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Immunschwäche (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Schilddrüsenkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>- Allergien falls ja, welche?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja Nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>- Sonstige Krankheiten oder Unverträglichkeiten</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ja Nein</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>- Nehmen Sie zur Zeit bzw. regelmäßig Medikamente ein? (z. B. Marcumar, Herz-ASS) Falls ja, welche?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, wegen welcher Erkrankung?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>- Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>- Was ist der Grund Ihres Besuches?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>- Wurden Ihre Zähne bzw. der Kieferbereich in den letzten 12 Monaten geröntgt?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>- Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Falls ja, welcher Monat?</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>- Interessieren Sie sich für bestimmte Behandlungsmethoden oder haben Sie einen besonderen Wunsch für Ihre Behandlung?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>- Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre ernsthaft erkrankt oder waren Sie in dieser Zeit in stationärer Behandlung?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		

Datum, Unterschrift