

Anamnesebogen

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Beruf:

Hausarzt:

Größe: cm Gewicht: kg

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viel am Tag:

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck | ☐ |
| niedriger Blutdruck | ☐ |
| Lebererkrankungen | ☐ |
| Krebserkrankungen | ☐ |
| Rheuma | ☐ |
| Thrombose | ☐ |
| Nierenerkrankungen | ☐ |
| Krampfadern / Krampfanfall | ☐ |
| Osteoporose | ☐ |
| Depressionen | ☐ |
| Epilepsie | ☐ |
| Knie - / Hüftarthrose | ☐ |
| Schlaganfall | ☐ |
| Diabetes mellitus | ☐ |
| Asthma / COPD | ☐ |
| Gerinnungsstörungen | ☐ |
| Lungenembolie | ☐ |

Magenschleimhautentzündungen / Magengeschwüre

neurolog. Erkrankungen (z. Bsp. MS, M. Parkinson)

Infektionen (z. Bsp. HIV, Hepatitis, Gürtelrose)

Herzerkrankungen

☐ Sonstiges:

☐

☐

☐

☐

Wurden bei Ihnen vor kurzem Operationen durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche Operation + Zeitpunkt:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Medikament + Art + Dosierung:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)

☐ durch Bekannte / Verwandte

☐ durch das Internet

☐ Sonstiges

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

☐

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich oder privat?

☐ Gesetzlich

☐ Privat

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche:

Sind sie mit der Optik der Zähne zufrieden?

☐ ja

☐ nein

Wenn nein, warum:

Möchten Sie fürs Recall erinnert werden?
(Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung)

☐ ja

☐ nein

Haben Sie die elektronische Patientenakte (ePA) und dürfen wir diese befüllen?

☐ ja

☐ nein

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Seite 2