

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?

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

	ja	nein
Magenschleimhautentzündungen / Magengeschwüre	☐	☐
neurolog. Erkrankungen (z. Bsp. MS, M. Parkinson)	☐	☐
Infektionen (z. Bsp. HIV, Hepatitis, Gürtelrose)	☐	☐
Herzerkrankungen	☐	☐
☐ Sonstiges:		

Wurden bei Ihnen 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

NUR FÜR FRAUEN

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein
---	-----------------------------	-------------------------------

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?	☐ ja	☐ nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Haben Sie die elektronische Patientenakte (ePA) und dürfen wir diese befüllen?	☐ ja	☐ nein
---	-----------------------------	-------------------------------

.....	
Datum	Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter