

# Anamnesebogen



Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand angepasst werden kann, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Die ist für die Durchführung eines umfassenden Behandlungskonzepts und einer risikofreien Behandlung erforderlich.  
Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient:**

Herr/Frau/Kind    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Name    Vorname    geb.

**Versicherter**

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

**Anschrift**

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer    Ort    PLZ.

**Telefon**

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Mobilfunk    Tel.Privat    Tel.dienstlich

**Beruf**

\_\_\_\_\_    **Arbeitgeber**    \_\_\_\_\_

**Versicherungsstatus**

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Gesetzlich bei    Freiwillig bei

\_\_\_\_\_    ( ) ja    ( ) nein    \_\_\_\_\_

Privat bei    Basistarif    Beihilfe bei

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? ( ) ja    ( ) Nein    bei: \_\_\_\_\_

Wurden Sie an unsere Praxis überwiesen? ( ) ja    ( ) Nein    von: \_\_\_\_\_

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ( ) Ja    ( ) Nein    Wehalb? \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt/Facharzt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Name    Adresse    Telefon

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

( ) Nein    ( ) Ja , Welche? \_\_\_\_\_

( ) Blutgerinnungshemmende Medikamente (Marcumar, Aspirin)

( ) Bisphosphonate (Knochenstoffwechselhemmer)

Haben Sie Allergie? ( ) Nein    ( ) Ja , gegen welche Stoffe? \_\_\_\_\_

Traten nach Spritzen Nebenwirkungen auf? ( ) Nein    ( ) Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Bluterkrankungen? ( ) Nein    ( ) Ja , Welche? \_\_\_\_\_

( ) Blutgerinnungsstörungen    ( ) Sonstiges

Haben Sie Herz-Kreislaufferkrankungen? ( ) Nein    ( ) Ja

o    Herzschwäche (Insuffizienz)

o    Herzklappenersatz

- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Herzinfarkt, wann \_\_\_\_\_
- ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja, welche?

- ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes)
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Magen-Darm Erkrankung
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja ,welche?

- ☐ Epileptiforme Anfälle
- ☐ Krämpfe
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie Infektionserkrankungen ? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja, welche?

- ☐ Hepatitis (A/B/C)
- ☐ Tuberkulose
- ☐ AIDS
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie folgende Erkrankungen?

- ☐ Anfallsleiden, Schlaganfall
- ☐ Rheuma
- ☐ Grüner Star( erh. Augennendruck)
- ☐ Künstliche Gelenke
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie sonstige Erkrankungen ? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Genussmittel ein? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja ,welche?

- ☐ Nikotin, tägliche konsumierte Menge ca \_\_\_\_\_
- ☐ Alkohol
- ☐ Sonstige \_\_\_\_\_

Ich besitze folgende Dokumente:

- ☐ Keines
- ☐ Bonusheft
- ☐ Implantatpass
- ☐ Allergiepass
- ☐ Endokarditisspass
- ☐ Aktuelle Medikamentenliste

Benötigen Sie Endokarditisprophylaxe? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja

Sind Sie schwanger? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja

Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja

Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) ja

Wurde bei Ihnen eine Profi. Zahnreinigung durchgeführt? ( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja, wann? \_\_\_\_\_

Möchten Sie an unserem kostenlosen Recall-Programm teilnehmen? ( ☐ ) Ja ( ☐ ) Nein

Ist der Unterzeichner Erziehungsberechtigter oder gerichtlich bestellter Betreuer?

( ☐ ) Nein ( ☐ ) Ja ,Adressangaben: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte Teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit Bogen. den, \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter Betreuer