

Allgemeine Anamnese

Herzlich willkommen!

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite dieses Bogens vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen ergeben, informieren Sie uns bitte! Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Vielen Dank!



Ihr Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Name, Vorname der/des Versicherten, falls abweichend _____ geb. am _____

PLZ/Wohnort _____ Straße, Hausnummer _____ Telefon _____

Email _____ Arbeitgeber _____

Name und Anschrift des Hausarztes _____

Name und Sitz der Krankenkasse _____

Sind Sie zurzeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung? _____ Bei welchem Arzt, ggf. wegen welcher Erkrankung? _____

Allgemeine Anamnese

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____ Seit wann? _____

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt? _____ Am _____ bei _____

Existieren Allergien gegen Medikamente/andere Stoffe ☐ nein ☐ ja, gegen _____

Sind sie schwanger? ☐ nein ☐ ja

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, bis 10 Zigaretten/Tag ☐ über 10 Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? ☐ nein ☐ selten ☐ oft ☐ regelmäßig

Haben Sie eine Pflegestufe? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bonusheft? ☐ 5 Jahre ☐ 10 Jahre ☐ kein Bonus

Erkrankungen

Hoher Blutdruck ☐ ja ☐ nein

Niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein

Herzerkrankungen ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein

Blutgerinnungsstörungen ☐ ja ☐ nein

Asthma ☐ ja ☐ nein

Lungenerkrankungen ☐ ja ☐ nein

Schilddrüsenerkrankungen ☐ ja ☐ nein

Rheuma ☐ ja ☐ nein

Epilepsie ☐ ja ☐ nein

Grüner Star, Augenerkrankung ☐ ja ☐ nein

Magen-/Darmerkrankung ☐ ja ☐ nein

Gelbsucht ☐ ja ☐ nein

HIV ☐ ja ☐ nein

Hepatitis A, B oder C ☐ ja ☐ nein

Tuberkulose ☐ ja ☐ nein

Andere Infektionskrankheit ☐ ja ☐ nein

Diabetes ☐ ja ☐ nein

Nierenfunktionsstörungen ☐ ja ☐ nein

Ohnmachtsneigung ☐ ja ☐ nein

Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäule)?

☐ ja ☐ nein

Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben:

Zahn-Mund-Situation

Haben Sie Beschwerden wie...

Zahnschmerzen

☐ ja ☐ nein

Zahnfleischbluten

☐ ja ☐ nein

Geräusche im Kiefergelenk

☐ ja ☐ nein

Kopf- oder Nackenschmerzen

☐ ja ☐ nein

Wünschen Sie eine Beratung über...

Zahnaufhellung

☐ ja ☐ nein

Zahnersatz

☐ ja ☐ nein

Amalgamaustausch

☐ ja ☐ nein

Professionelle Zahnreinigung

☐ ja ☐ nein

Sonstiges:

Recall-Service

Wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert zu werden?

☐ ja ☐ nein

Führen Sie ein Bonusheft?

☐ ja ☐ nein

Eine letzte Frage...

Verraten Sie uns, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam wurden?

Wichtiger Hinweis zu Schweigepflicht und NICHTABSAGE:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Bitte denken Sie daran, dass Sie, wenn Sie **krank** sind oder **keine Zeit** haben, vereinbarte Termine immer **absagen**. Bei **Nichtabsage** spätestens **12 Stunden** vor dem vereinbarten Termin müssen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von **30€** verlangen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen bestätigen Sie uns bitte:

☐ Ich stimme einer Speicherung meiner Daten zu.

Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend!

Ort, Datum

Unterschrift