

Herzlich willkommen!

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite dieses Anamnesebogens vollständig aus. Sollten sich im Laufe der Zeit Änderungen zu Ihren Angaben ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!



Name	Vorname	geboren am
Name, Vorname der / des Versicherten, falls abweichend		geboren am
PLZ / Wohnort	Straße, Hausnummer	
Telefon	Mobil	E-Mail
Beruf		
Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
		<input type="checkbox"/> privat versichert
		<input type="checkbox"/> nicht versichert
Sind Sie zur Zeit oder auch regelmäßig in ärztlicher Behandlung?		
Wer ist Ihr Hausarzt? Name / Ort / Telefon		
Haben Sie einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Grund ihres Zahnarztbesuches:		
<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
		<input type="checkbox"/> andere Gründe
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____		

Wann wurden Sie zuletzt im Kopf / Halsbereich geröntgt? am _____		
Existieren Allergien gegen Medikamente / andere Stoffe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gegen		
Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis 10 Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> über 10 Zigaretten/Tag		
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig		
Nehmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig		

Erkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Herz-Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Grauer Star, Augenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	andere Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja, HBA-Wert: _____	<input type="checkbox"/> nein					

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift des Patienten

Es ist uns rechtlich erlaubt, vereinbarte Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt werden (24 Stunden vor der Behandlung) angemessen in Rechnung zu stellen. Für jede angefangene Stunde werden 50 Euro fällig. Da dies nicht in unserem Interesse ist, bitten wir Sie daran zu denken, uns rechtzeitig anzurufen, falls es Ihnen einmal nicht möglich ist, uns zu besuchen.

Datum

Unterschrift des Patienten