



ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung!
Um Sie bestmöglich behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Anamnesebogen vollständig auszufüllen.

Ihr Praxis-Team

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

E-Mail-Adresse _____ Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____

Krankenkasse _____ Beruf _____ Hausarzt _____

Gesetzlich versichert ja nein Privat versichert ja nein

Zahnzusatzversichert ja nein Beihilfeberechtigt ja nein

Mitversichert bei (falls nicht selbstversichert): _____

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Gesundheitsfragen: Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Herzinfarkt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Endokarditis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Magen-Darm Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzfehler	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Krebserkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Lebererkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzklappenersatz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Rheuma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzrhythmusstörung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Asthma/Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Psychische Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis): _____

Sonstige Erkrankungen: _____



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Medikamente, die blutverdünnend wirken (z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Xarelto, Plavix) wenn ja, welche?

Bekommen Sie Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose oder Brustkrebs)? ja nein

Sonstige Medikamente: _____

Ist bei Ihnen eine Endokarditisprophylaxe verordnet? ja nein

Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente/Spritzen? ja nein

Liegen Allergien vor? Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Befinden Sie sich in der Stillzeit? ja nein

Sind Sie Raucher? _____

Bestehen Suchtkrankheiten (z.B. Alkoholabhängigkeit, Drogen)? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie künstliche Gelenke (Endoprothesen)? ja nein

Hatten Sie jemals eine Bestrahlung oder Chemotherapie? ja nein

Was führt Sie zu uns? _____

~~Recall erwünscht? ja nein telefonisch per SMS per E-Mail~~

~~Dürfen wir Ihnen Terminerinnerungen per SMS senden? ja nein~~

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten der Patienten per EDV gespeichert und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung in der Zahnarztpraxis Dr. Manuel Theelen zur Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme und Übernahme meiner bisher geführten Patientenunterlagen durch Dr. Manuel Theelen und dem Praxisteam stimme ich ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift