

# Anamnesebogen

| Patient    |
|------------|
|            |
| Name       |
| Vorname    |
| Geb.-Datum |
| Geb.-Ort   |
| Straße     |
| PLZ / Ort  |
| Tel.       |
| Tel. G.    |
| Mobil      |
| E-Mail     |
| Beruf      |

| Versicherter  |
|---|
| Nur ausfüllen, wenn Sie in einer Familienversicherung mitversichert sind. |
| Name  |
| Vorname   |
| Geb.-Datum  |
| Geb.-Ort  |
| Straße  |
| PLZ / Ort   |
| Tel.  |
| Tel. G.   |
| Mobil   |
| E-Mail  |
| Beruf   |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Gesetzl. Krankenkasse | Zusatzversicherung   |
| Private Krankenkasse  | Beihilfe <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> |

Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.      Ja    Nein      Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen.      Ja    Nein

| Allgemeinmedizin                          |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Hausarzt                                  |  |  | Allergien                                    |  |  |
| Blutdruck hoch                            |  |  | Welche?                                      |  |  |
| Blutdruck niedrig                         |  |  | Osteoporose                                  |  |  |
| Herzerkrankung                            |  |  | Tumorerkrankung                              |  |  |
| Welche?                                   |  |  | Welche?                                      |  |  |
| Herzschrittmacher                         |  |  | Besteht eine Schwangerschaft?                |  |  |
| Endokarditisprophylaxe                    |  |  | Medikamente                                  |  |  |
| Blutgerinnungsstörung (Blutverdünner)     |  |  | Welche?                                      |  |  |
| Diabetes                                  |  |  | Nehmen/haben sie Bisphosphonate eingenommen? |  |  |
| Lungenerkrankung (Asthma)                 |  |  | Sonstige Krankheiten?                        |  |  |
| Schilddrüsenerkrankung                    |  |  | Welche?                                      |  |  |
| Nierenerkrankung?                         |  |  |  |  |  |
| Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV) |  |  |  |  |  |
| Welche?                                   |  |  |  |  |  |

| Zahnmedizin   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Vorbehandler (Zahnarzt)   |  |  |  |  |  |
| Was ist Ihr Hauptanliegen?  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| Wurden Sie weiterempfohlen?   |  |  |  |  |  |
| Von wem?  |  |  |  |  |  |
| Gab es bei zahnärztlichen Behandlungen Probleme?                                    |  |  |  |  |  |
| Welche?   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
| Sind in den letzten sechs Monaten Röntgenaufnahmen von Ihren Zähnen gemacht worden? |  |  |  |  |  |

