

Anamnesebogen

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Wir begrüßen Sie sehr herzlich in unserer Praxis. Bitte füllen Sie die beiden folgenden Seiten sorgfältig aus. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname Geburtsdatum

Name und Geburtsdatum des Versicherten bei Familienversicherten

Anschrift

Telefon privat (Festnetz/ Handy) dienstlich

E-Mail Beruf

Krankenkasse/ Versicherung Geschäftsstelle

☐ Gesetzlich ☐ Zusatzversicherung ☐ Privat- normal ☐ Privat- Basistarif

Name und Telefonnummer des behandelnden Allgemeinarztes

Empfohlen durch

Jetzt stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bitte teilen Sie uns Veränderungen, die sich im Lauf der Jahre ergeben, z.B. neu auftretenden Erkrankungen, umgehend mit.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

Leiden Sie unter Mundgeruch	☐ ja	☐ nein
Zahnfleischbluten	☐ ja	☐ nein
Metallgeschmack	☐ ja	☐ nein
Kopfschmerzen	☐ ja	☐ nein
Rückenschmerzen?	☐ ja	☐ nein
 Haben Sie		
Herz-/Kreislaufkrankungen	☐ ja	☐ nein
hohen Blutdruck	☐ ja	☐ nein
einen Herzschrittmacher	☐ ja	☐ nein
Blutgerinnungsstörungen ?	☐ ja	☐ nein

Bitte wenden!

Leiden Sie an Allergien (Latex, Metalle, Medikamente etc.)	☐ ja	☐ nein
Heuschnupfen	☐ ja	☐ nein
Asthma	☐ ja	☐ nein
Medikamentenüberempfindlichkeit?	☐ ja	☐ nein

Haben oder hatten Sie Gelbsucht	☐ ja	☐ nein
Diabetes	☐ ja	☐ nein
Rheuma	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein
Epilepsie/ Krampfanfälle	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Immunschwächeerkrankung	☐ ja	☐ nein
andere Erkrankungen	☐ ja	☐ nein

Welche anderen Erkrankungen?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie Träger von **MRSA/ MRGN** bzw. damit infiziert? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie **schwanger**? ☐ ja ☐ nein

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Wichtig:

- Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine einzuhalten oder spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen, damit wir die Termine weiter vergeben können. **Bei unentschuldigtem Fehlen werden mir je angefangene halbe Stunde 100 € in Rechnung gestellt.**
- Ich stehe nicht unter Betreuung/ Vormundschaft. Wenn doch, gebe ich unaufgefordert Auskunft über meine Betreuung.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift

Service zur Terminerinnerung (Recall)

Gerne erinnern wir Sie per Post an Ihre Vorsorgetermine. Sind Sie damit einverstanden? ☐ ja, per Post

☐ nein

Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift