



# ANAMNESEBOGEN

## Patientendaten

Pat.-ID (wird von der Praxis ausgefüllt) \_\_\_\_\_

Name			Vorname			Geb.-Datum		
Straße			Postleitzahl			Ort		
Telefonnummer			Mobilnummer			E-Mail		
Krankenkasse			<input type="radio"/> Zusatzversichert <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt			Beruf		
Hausarzt/Hausärztin								

## Versicherter (wenn familienversichert und/oder abweichend)

Name			Vorname			Geb.-Datum		
Straße			Postleitzahl			Ort		

## Rechnungsempfänger (falls abweichend von Patient oder Versicherter)

Name			Vorname			Geb.-Datum		
Straße			Postleitzahl			Ort		

## Vorerkrankungen (wenn familienversichert und/oder abweichend)

Herz-/Kreislaufsystem	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein - wenn ja, welche:
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein – besitzen Sie einen Herzpass? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein – wenn ja, welche?
Knochenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein – wenn ja, welche?
Endoprothesen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein – wenn ja, wo?
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Typ I <input type="radio"/> Typ II

Leber- & Nierenerkrankung  ja  nein – wenn ja, welche?

Atemwegserkrankung  ja  nein – wenn ja, welche?

Glaukom (grüner star)  ja  nein

Weitere Erkrankungen?  ja  nein – wenn ja, welche?

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol/Drogen?  ja  nein – wenn ja, welche?

Rauchen Sie?  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

Blütverdünner:  ja  nein – wenn ja, welchen?

Medikamente zur Knochenstabilisierung (z.B. Bisphosphonate/Denosumab):

Sonstige Medikamente:  ja  nein – wenn ja, welche?

Reichen Sie uns ggf. einfach einen Medikationsplan ein.

Allergien/Unverträglichkeiten  ja  nein – wenn ja, welche?  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Sind Sie Schwanger?  ja  nein – wenn ja, welche Woche?

Eingliederungshilfe und/oder Pflegegrad?  Pflegegrad nach §15 SGB XI  
 Eingliederungshilfe nach §99 SGB IX

Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise ein!

Wünschen Sie Erinnerungen für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen zu?  ja  nein

Mit Ankreuzen der genannten Optionen stimme ich der Nutzung meiner Adress- und Telefondaten zu diesem Zweck bis auf Widerruf zu.

Bonusheft vorhanden?  ja  nein

Ist bereits Zahnersatz vorhanden?  ja  nein - Bitte ungefähres Alter angeben! \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in / Versicherter

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Übermittlung meiner Daten und Röntgenbilder an meine weiterbehandelnden Ärzte/Zahnärzte unter Einbehaltung der Datenschutzrichtlinien zu.