



## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Name des Patienten	Vorname	geboren	Beruf
Name des Versicherten	Vorname	geboren	Beruf
Postleitzahl/Wohnort	Straße/Hausnummer	Telefon/Mobil Fax	E-Mail
Krankenkasse	Freiwillig versichert	Zusatzversicherung	
Arbeitgeber			
Überweisender Zahnarzt/Arzt		Hausarzt/Kinderarzt	

Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1	Herz- und/oder Kreislaufbeschwerden (Endokarditis, Herzschwäche, Infarkt)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	Bluterkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3	Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4	Ohnmachtsneigung, niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5	Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeit (generelle Überempfindlichkeiten)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Asthma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9	Magen-, Darm-, Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10	Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11	HIV-Infektion?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12	Sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Darm, Schilddrüse ...) wegen der Sie in ständiger ärztlicher Behandlung oder Überwachung stehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13	Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14	Wurden Sie mit Bisphosphonaten (Medikament bei Osteoporose) behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15	Sind Sie schwanger? In welcher Woche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17	Zahnfleischerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18	Wünschen Sie Informationen über Implantate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20	Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21	Haben Sie Schmerzen? Wo? <span style="margin-left: 150px;">Seit wann?</span>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  
 divers

Telefonbuch

Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**Ergänzungen** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters