

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen Anamnesebogen



Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Sollten sich zwischenzeitlich Änderungen zu Ihrem Gesundheitszustand ergeben, informieren Sie uns bitte. Vielen Dank!

Patienteninformationen

Name: Vorname: Geburtsdatum/-ort:
Straße: PLZ: Ort:
Tel.: Mobil E-Mail
Arbeitgeber* Beruf* Tel. geschäftlich*

Versicherung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

gesetzliche Versicherung private Versicherung
Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name: Vorname: Geburtsdatum/-ort:

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte ausfüllen oder ankreuzen

Ja Nein

Bitte ausfüllen oder ankreuzen

Ja Nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
Herzasthma, Angina pectoris
Herzschrittmacher

Kreislaufferkrankungen

zu hoher Blutdruck
zu niedriger Blutdruck
Herzinfarkt, wann?
Einnahme gerinnungshemmender
Medikamente
Ohnmachtsanfälle

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
Magen-Darm-Erkrankungen
Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen des Nervensystems

z.B. epileptiforme Anfälle/Krämpfe

Bluterkrankungen

Blutungsneigungen (Hämophilie)
Blutarmut (Anämie)

Allergien

Allergie / Überempfindlichkeit gegen
.....

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Penicillin-Überempfindlichkeit oder -Allergie?

Asthma

Immunsystem

Leiden Sie unter Erkrankungen
des Immunsystems?

Wenn ja, unter welchen?

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)
Tuberkulose
Chronische Erkrankungen der Atemwege
– Husten etc.
.....

Aids, HIV-positiv

Sonstige Erkrankungen

.....
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen
Knochenstoffwechselstörungen wie
z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate)
bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit
eingenommen?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?
.....
.....

Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt?

(z.B. Antibiotika)

Wenn ja, welche?

Weitere Angaben

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo?

Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?

Sind Sie schwanger? **evtl.**

Wenn ja, in welchem Monat?

Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?
.....

Ich bin mit der Kontaktaufnahme per Email/Telefon (z.B. zur Terminerinnerung) einverstanden

Ja

Nein

Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen und erkläre mich mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter