



Anamnesebogen

Patient:	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Mitglied/ Zahlungs- pflichtiger:	_____	_____	_____
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift:	_____	_____	_____
	Straße/Haus-Nr.	PLZ	Wohnort
Telefon/mail:	_____	_____	_____
	privat	mobil	email
Krankenversicherung:	<input type="radio"/> privat	<input type="radio"/> gesetzlich	<input type="radio"/> beihilfeberechtigt

Zu Ihrer eigenen Sicherheit und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen. Bei Unklarheiten sind wir Ihnen gerne behilflich.

Bestehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Falls ja, geben Sie bitte Behandler und Adresse an: _____

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- **Herz-/Kreislaufkrankungen** _____
z.B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzklappenfehler/-ersatz, Herzschrittmacher, hoher/niederer Blutdruck
 - **Infektionskrankheiten** _____
z.B. Hepatitis, HIV
 - **Blutgerinnungsstörungen** _____
z.B. Blutungsneigung, Blutgerinnungshemmer
 - **Stoffwechselstörungen** _____
z.B. Diabetes (Typ?)
 - **Lebererkrankungen** _____
 - **Nierenerkrankungen** _____
z.B. Niereninsuffizienz, Dialyse
 - **Magen-/Darmerkrankungen** _____
 - **Anfallsleiden** _____
z.B. Epilepsie
 - **Atemwegserkrankungen** _____
z.B. Asthma
 - **Allergien** _____
 - **sonstige Erkrankungen** _____
z.B. Osteoporose, Tumorerkrankung
 - **Nehmen Sie derzeit Medikamente ein, falls ja, welche?** _____
-
- **Besteht derzeit eine Schwangerschaft?**
 - **Recall-System: Möchten Sie von uns an regelmäßige Kontrolluntersuchungen (Recall) erinnert werden?**

Falls ja: Bitte per email SMS Brief

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. Ihren Angehörigen in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis gemäß dem Merkblatt „Aufklärung zum Datenschutz in der Zahnarztpraxis Dr. Frank Tschaban“ ein. Das Merkblatt liegt für Sie am Empfang zur Einsicht bereit, gerne erhalten Sie auch einen Ausdruck. Sie finden das Merkblatt auch auf unseren Internetseiten.

Hersbruck, den _____

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)