

## Anamnesebogen | Anmeldung

Bitte sorgfältig in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen - Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname und Vorname (PatientIn) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Fax privat \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit \_\_\_\_\_

gesetzlich oder freiwillig versichert - bitte Krankenkasse angeben \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Firma \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung oder Beihilfe? \_\_\_\_\_

Versicherter (Familierversicherung - bei Minderjährigen) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Versicherten (Familierversicherung) \_\_\_\_\_

Bei Privatrechnung bitte Rechnung an: \_\_\_\_\_

Hausarzt: Name, Adresse, Telefon \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet, Empfehlung o. ä. \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben:**

- Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?  nein  ja wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_
- (Patientinnen) Schwangerschaft  nein  ja wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie derzeit Medikamente?  nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Blutverdünner? Ass, Marcumar, etc.  nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Täglich verordnete Medikamente?  nein  ja wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie, oder hatten Sie, in der Vergangenheit folgende Erkrankungen:**

- Herz-/Kreislaufkrankung/ Infarkt  nein  ja wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher / Schlaganfall  nein  ja \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck / Niedriger Blutdruck  nein  ja \_\_\_\_\_
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids, TBC,..)  nein  ja \_\_\_\_\_
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)  nein  ja \_\_\_\_\_
- Allergien / Medikamentenunverträglichkeit  nein  ja \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen  nein  ja \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen informieren.

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

Unterschrift Patient | Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Wir sind immer bemüht, Ihnen Wartezeiten zu ersparen. Wir bitten Sie, **vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher per E-Mail, Fax oder Telefon abzusagen**. Vielen Dank für Ihr Verständnis.