



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gerne möchten wir auch weiterhin kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Der Anamnesebogen muss jährlich aktualisiert werden. Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Danke.

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	
Telefon privat	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber, Ort
Tel. geschäftlich	Krankenkasse
Sind Sie pflichtversichert?	o ja o nein Haben Sie eine Zusatzversicherung? o ja o nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Wer soll die Rechnung erhalten?			
Name	Adresse		
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?			o ja o nein
Wer ist Ihr Hausarzt?			

Name	Ort	Telefon
------	-----	---------

#### Hinweise zur Organisation:

Hochwertige Qualität ist nur ohne Zeitdruck möglich. Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten vergeben können.

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Vorsorge/Professionelle Zahnreinigung erinnert werden?

o ja o nein Wenn ja: o per E-Mail o per Post



Bestehen gesundheitliche Risiken?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Wenn ja, wogegen sind Sie allergisch?

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Medikamente? Wenn ja, welche?  ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen?  ja  nein

Haben Sie Herz- oder Kreislauferkrankungen, -untersuchungen?  ja  nein

- Herzschwäche
- Herzklappenentzündung
- unregelmäßiger Herzschlag
- Herzinfarkt
- Herzschrittmacher
- Angina pectoris
- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

Sind Sie HIV positiv?  ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?  ja  nein

Leiden Sie unter Migräne?  ja  nein

Haben Sie ...

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Diabetes
- Rheuma
- Tuberkulose
- Erkrankungen der Wirbelsäule
- Epilepsie
- eine Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung
- grünen Star
- eine Prostataerkrankung
- Asthma

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Wenn ja, in der wievielten Woche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

Wenn ja, welche?  ja  nein

Haben Sie Bisphosphonate eingenommen?

Wenn ja, welche?  ja  nein

Wir möchten Sie bitten, diesen Erhebungsbogen vollständig auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift