

# ANMELDUNG - ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,  
Herzlich willkommen in unserer Praxis.  
Bitte nehmen Sie sich für Ihre Gesundheit einen Moment Zeit und beantworten Sie uns einige Fragen. Zur Gewährleistung einer individuellen und risikofreien Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand.

! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb und den Datenschutzbestimmungen und werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

## Patient/-in

Herr/Frau/Kind

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	Postleitzahl/Ort:	Beruf:
E-Mail:	Telefon:	Mobil:

## Mitglied/

### Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	Postleitzahl/Ort:	Beruf:
E-Mail:	Telefon:	Mobil:

## Kostenträger

(Krankenkasse oder Versicherung)

Name:

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert
<input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt	<input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert		

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?      ja      nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

Haben Sie ein Bonusheft?      ja      nein      Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert?      ja      nein

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?

per Telefon      Postkarte      E-Mail      SMS

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Termin zur professionellen Zahnreinigung erinnert werden?

per Telefon      Postkarte      E-Mail      SMS

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatusses mit!

1. a) Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
Asthma (schwere Atemnot)			Bluterkrankungen			Schilddrüsenerkrankungen		
Zuckerkrankheit			Blutgerinnungsstörungen			Nierenfunktionsstörungen		
Rheuma			Krankenhauseskeim (z.B. MRSA)			Creutzfeld-Jakob		
Osteoporose			Leberkrankheiten			Tumor/Karzinom/Krebs		
TBC			Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)			Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?		
HIV-Infektion			Anfallsleiden (Epilepsie)					

Ihr Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

b) Bestehen Allergien? ja nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein \_\_\_\_\_

c) Herzinfarkt ja nein Schlaganfall ja nein  
 Nehmen Sie Marcumar? ja nein Lähmungen ja nein

d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte \_\_\_\_\_

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche? \_\_\_\_\_

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein ggf. welche? \_\_\_\_\_

6. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche \_\_\_\_\_

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein  
 Unfalldatum \_\_\_\_\_  
 Art der Verletzung \_\_\_\_\_

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

\_\_\_\_\_

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil) \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis ausdrücklich zu.**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r