

## Anamnesebogen

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

**Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?** ja    nein  
   

Falls ja, geben Sie bitte Behandler und Adresse an: \_\_\_\_\_

**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

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

Falls ja: Bitte per  email  SMS

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)