

# Anamnesebogen

Stempel Praxis/Klinik:

## Patient

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

## Zahlungspflichtiger (in der Regel der Patient selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

Ich bin pflichtversichert

Ich bin privat versichert

Ich bin nicht versichert

Ich bin freiwillig versichert

Ich bin Standardtarifversicherter  
gemäß § 25 Abs. 2a SGB V

Ich bin zuschussberechtigt  
(Sozialamt, Versorgungsamt)

Ich bin beihilfeberechtigt

Ich bin privat zusatzversichert

## Beruf des Zahlungspflichtigen

Schüler/Student

## Anschrift des Arbeitgebers

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

**1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?**

- a)  Asthma (schwere Atemnot)  Tuberkulose  nein  
 Zuckerkrankheit  Leberkrankheiten  
 Rheuma  Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)  
 Bluterkrankungen  Anfallsleiden (Epilepsie)  
 Blutgerinnungsstörungen  Schilddrüsenerkrankungen  
 HIV-Infektion ggf. seit wann .....
- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit  ja  nein  
von Medikamenten bzw. Materialien Wenn ja, welche .....
- c) Herzinfarkt  ja  nein  
Nehmen Sie Marcumar?  ja  nein  
Schlaganfall  ja  nein  
Lähmungen  ja  nein  
ggf. seit wann .....

**2. Wie hoch ist Ihr Blutdruck?**

- niedrig  normal  hoch  
ggf. Werte .....

**3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**

- ja  nein

**4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

- ja  nein

Wenn ja, welche .....

**5. Besteht eine Schwangerschaft?**

- ja  nein  
ggf. welche Woche .....  ungewiss

**6. Rauchen Sie?**

- ja  nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? .....

**7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten:** .....

**8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?**

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

- ja  nein

**9. Haben Sie einen Röntgenpass?**

- ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? .....

**10. Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert?**

- ja  nein

**11. Haben Sie ein Bonusheft?**

- ja  nein

**12. Möchten Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?**

- ja  nein

Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? .....

.....  
Datum/Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

.....  
Unterschrift Arzt/Zahnarzt

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.)