

ANAMNESEBOGEN

Seite 1 von 2

Herzlich willkommen! Bitte füllen Sie beide Seiten aus.

Ihre Angaben helfen uns bei der Behandlung und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versicherte Person (falls abweichend): Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Krankenkasse / Versicherung

☐ Pflichtversichert

☐ Freiwillig versichert

☐ PKV-Standardtarif

☐ Beihilfe

Beruf

Arbeitgeber

Telefon Arbeitgeber

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mehrfachnennungen möglich.

☐ Empfehlung (Familie / Freunde)

☐ Google / Internetsuche

☐ Praxiswebsite

☐ Soziale Medien

☐ Überweisung / Empfehlung einer Praxis

☐ Praxisschild / vorbeigegangen

☐ Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitsangaben

Ja

Nein

Hausarzt / Facharzt: Name, Adresse und Telefonnummer

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

☐☐

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich gemacht?

☐☐

Wenn ja, wann und wo? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. Medikamente, Metalle, Materialien): _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

☐☐

Bitte vorhandenen Medikamentenplan und Allergiepass mitbringen.

ANAMNESEBOGEN

Seite 2 von 2

Herz / Kreislauf	Ja	Nein	Infektionen / Atemwege	Ja	Nein
Herzoperation (z. B. Herzklappenersatz, Bypass)?	☐	☐	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis)?	☐	☐
Herzschrittmacher?	☐	☐	Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, Tuberkulose)?	☐	☐
Herzinfarkt / Herzschwäche?	☐	☐	Immunschwäche?	☐	☐
Unregelmäßiger Herzschlag?	☐	☐	HIV?	☐	☐
Zu hoher Blutdruck?	☐	☐	Sonstiges: _____		
Zu niedriger Blutdruck?	☐	☐			
Sonstiges: _____					
Stoffwechsel / Sonstiges	Ja	Nein	Weitere Angaben	Ja	Nein
Epileptische Anfälle?	☐	☐	Sind Sie in psychologischer Behandlung?	☐	☐
Ohnmachtsanfälle?	☐	☐	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel / Antidepressiva?	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	☐	☐	Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig?	☐	☐
Magen-Darm-Erkrankungen?	☐	☐	Haben Sie ein Organtransplantat?	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen?	☐	☐	Haben Sie Gelenkprothesen?	☐	☐
Sonstiges: _____			Wenn ja, seit wann? _____		
Blut / Blutgerinnung	Ja	Nein	Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
Blutungsneigung (z. B. Hämophilie)?	☐	☐	Wenn ja, in welchem Monat? _____		
Blutarmut (Anämie)?	☐	☐	Hatten Sie eine Operation?	☐	☐
Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?	☐	☐	Wenn ja, welche und wann? _____		
Wenn ja, welche? _____			Hatten Sie eine Bestrahlung oder Chemotherapie?	☐	☐
			Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (Bisphosphonate)?	☐	☐

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Angaben umgehend mit.

Bitte sagen Sie Termine bei Verhinderung spätestens einen Tag vorher ab. Bei nicht abgesagten Terminen erheben wir eine Ausfallsgebühr pro eingeplanter halben Stunde.

Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung