Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Telefonnummer | Faxnummer / e-mail

Name, Vorname des Mitglieds bei Familienangehörigen | geb. am

Name des Hausarztes

/ interner Vermerk

Telefonnummer Hausarzt

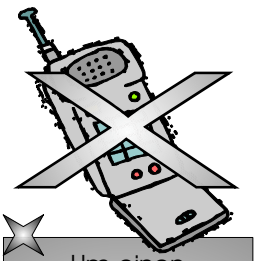
Name des Hauszahnarztes

Arbeitgeber

Telefonnummer Arbeitgeber | Faxnummer / e-mail Arbeitgeber

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie gerne mich oder eine Mitarbeiterin der Praxis fragen.

Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vor dem Behandlungstermin abgesagte Termine werden mit 35 Euro je halbe Stunde in Rechnung gestellt, es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.



Um einen ungestörten Behandlungsablauf gewährleisten zu können, sind Mobiltelefone innerhalb der Praxis unbedingt *auszuschalten!* Im voraus vielen Dank für Ihr Verständnis.

Besteht bzw. Bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	nein	ja	Falls Sie mit ***ja*** antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen.
1 Allergie (welche)	☐	☐	
30 Lactoseintoleranz	☐	☐	
2 Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐	
3 Atemwegserkrankungen (welche)	☐	☐	☐ Atemtherapiegerät
4 Blutgerinnungsstörung (vererbt)	☐	☐	
4.1 medikamentös	☐	☐	☐ Marcumar ☐ Pradaxa ☐ Xarelto ☐ Eliquis ☐ Plavix ☐ Efient & ☐ ASS100
5 Zuckerkrankheit (Diabetes, welcher Typ)	☐	☐	
6 Glaukom (erhöhter Augendruck)	☐	☐	
7 Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	☐	☐	
8 Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐	☐	
8.5 Herzschrittmacher	☐	☐	
8.6 Herzklappenfehler/ -ersatz	☐	☐	
8.7 Herzinnenhautentzündung	☐	☐	
8.8 Bluthochdruck / niederer Blutdruck	☐	☐	
8.10 Mangeldurchblutung des ZNS / Apoplex	☐	☐	
9 Infektionskrankheiten	☐	☐	
9.1 Hepatitis A, B, C?	☐	☐	
9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)	☐	☐	
10 Lebererkrankungen	☐	☐	
11 Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	
12 Niereninsuffizienz / Dialyse	☐	☐	
13 Osteoporose (Bisphosphonat)	☐	☐	
14 Rheumatoide Arthritis	☐	☐	
15 Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	
16 Tumorerkrankungen	☐	☐	
17 Letzter Krankenhausaufenthalt	☐	☐	
17.1 Frühere Operationen (welche)	☐	☐	
18 Röntgenaufnahmen (wann / wo)	☐	☐	
19 Nehmen Sie Medikamente? (welche)	☐	☐	☐ Bisphosphonate
20 Haben Sie Angst vor der Behandlung?	☐	☐	
21 Schwangerschaft (seit wann)	☐	☐	
31 bei Kindern und Jugendlichen: Einwilligung zur Fluoridierung	☐	☐	
32 Recall / Terminerinnerung:	☐	☐	

22 Neuaufnahme
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam:
☐ Familie ☐ Freunde/Bekannte
☐ Kollegen ☐ Zeitung ☐ Internet/Homepage

Datum / Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen der Erziehungsbevollmächtigte)