

Anamnesebogen



Patient:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum

Versicherter:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer privat/geschäftlich	Handynummer	

Arbeitgeber:*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma	Beruf	*freiwillige Angaben

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Zur Bewertung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer individuellen Risikofaktoren bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, dass Behandlungsziel Ihren Wünschen anzupassen.

	ja nein		ja nein
1. Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Warum? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Rheuma / rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zu hohen Blutdruck? Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? - Herzklappenfehler / Prothese oder Herzschrittmacher - Endokarditis - Herzoperationen - Angina pectoris - Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Anfallsleiden - Schlaganfall - Tumorleiden - Ansteckende Erkrankungen Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV pos <input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen? - Schilddrüsenerkrankung - Asthma / Lungenerkrankung - Lebererkrankung - Magen- / Darmerkrankung - Nierenerkrankung - Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) - Erkrankungen des Blutes (z. B. Blutgerinnungsstörung) - Glaukom (erhöhter Augeninnendruck) - Allergien bzw. Unverträglichkeiten Penicillin Jod andere <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja , welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		6. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, Xarelto, ASS, Aspirin)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		7. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		8. Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt? Datum (ungefähr): <input type="text"/>	
		9. Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		10. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		11. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Falls ja, SSW: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bitte sagen Sie Ihre Termine rechtzeitig ab, falls Sie diese nicht wahrnehmen können. Versäumte Termine müssen wir Ihnen mit 50 € je 30 Minuten in Rechnung stellen.

Datum

Unterschrift