

Anamnesebogen (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Patient: Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____
 Versicherter / Mitglied: Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____
 Krankenkasse: _____

Gesetzliche Versicherung private Versicherung Beruf: _____
 freiwillig versichert Arbeitgeber: _____
 Zusatzversicherung Tel. geschäftlich: _____
 Kostenerstattung

Anschrift: Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel.: _____ mobil: _____ e-Mail: _____

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben

	ja	nein		ja	nein
Leiden Sie an:					
Herz-Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes melitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie andere Medikamente? (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ich weiß nicht
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____		
Infektionskrankheiten (Tbc, HIV, AIDS, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie alt ist ggf. vorhandener Zahnersatz? _____		
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____		
Allergien (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Röntgenpass? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Erkrankungen (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- Internet Empfehlung
 Werbung Sonstiges _____
 Telefonbuch

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.
 Datum/Unterschrift _____

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.