



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Sie möchten, können Sie den folgenden Anamnesebogen in Ruhe zu Hause ausfüllen und ihn zur Vorbesprechung bzw. Behandlung mitbringen. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten sein, so fragen Sie uns gerne in der Praxis. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.

Patient Name/Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. am \_\_\_\_\_  
 Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
 Wohnort mit Postleitzahl \_\_\_\_\_  
 Tel. / Handy \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_

Wenn Sie NICHT selbst versichert sind

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. am \_\_\_\_\_  
 falls andere Adresse \_\_\_\_\_

Beruf des Hauptversicherten \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber des Hauptversicherten \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 freiwillig versichert ja / nein (bitte **Nichtzutreffendes** streichen)  
 Name der Versicherung \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Behandlung dringend erforderlich ja / nein  
 Name Ihres Hauszahnarztes (falls überwiesen) Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 falls Kfo-Behandlung Name des Kieferorthopäden Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Name Ihres Hausarztes Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwelche allgemeine Erkrankungen ja / nein

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in einem Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? ja / nein  
Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie ständig Medikamente? Wenn ja, welche? ja / nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? ja / nein

Haben Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? ja / nein

Herzkrankheit _____	Kreislaufkrankung _____
Zuckerkrankheit _____	Lebererkrankung _____
Blutkrankheit _____	Rheuma _____
Allergie auf _____	Nierenleiden _____
Schilddrüsenerkrankung _____	Anfallsleiden _____
Lungenerkrankung _____	Magen-Darmerkrankung _____
Nervenerkrankung _____	Immunschwäche (AIDS) _____

Neigen Sie zu blauen Flecken? ja / nein

-----  
(Datum)

-----  
(Unterschrift)