

Anamnesebogen: Um das Formular digital auszufüllen,  
bitte downloaden und speichern!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Dieser Fragenbogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Patient**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Straße / Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon / E-Mail \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

**Beruf**

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Telefon beruflich \_\_\_\_\_

**Krankenkasse**

Zahn-Zusatz-Versicherung \_\_\_\_\_ Versicherter (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Ihre Ärzte**

Hausarzt \_\_\_\_\_ Zahnarzt \_\_\_\_\_ Kieferorthopäde \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Herzinfarkt, Bypass-OP, Stent          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Bestrahlungstherapie / Chemotherapie   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzklappenersatz, Herzklappenfehler   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Blutgerinnungsstörung  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzrhythmusstörung, Schrittmacher     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Glaukom (Grüner Star)  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenerkrankung, Dialyse              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluthochdruck                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Krampfanfälle, Epilepsie, Depression   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lungenerkrankungen/COPD/Asthma         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | einer anderen Erkrankung   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafapnoe/Atemgerät                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Welcher? _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Ihnen Allergien bekannt?          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Sind Sie schwanger oder stillen Sie  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche? _____                          |   | Rauchen Sie  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Lebererkrankung?                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Nehmen Sie Drogen  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose, Hepatitis B, C, HIV(Aids) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie künstl. Gelenkersatz   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-, Darmerkrankung                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Nehmen Sie Medikamente ein   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Osteoporose, Bisphosphonattherapie     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Welche? _____  |   |
| Schilddrüsenerkrankung                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____  |   |
| Diabetes                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | _____  |   |
| Krebserkrankung                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Eliquis |   |
| Körpergröße                            | _____ cm  | <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Plavix/Clopidogrel   |   |
| Gewicht                                | _____ kg  | <input type="checkbox"/> andere Gerinnungshemmer   |   |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Arzt/Zahnarzt  Internet  auf Empfehlung von Freunden

**Bei GETRENNT LEBENDEN** Eltern: Wer ist für das Kind sorgeberechtigt?  Mutter  Vater  beide Eltern

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit. Wir bitten Sie darum Terminabsagen, mindestens 24 Std. vorher bekannt zu geben. Andersfalls behalten wir uns vor Kosten in Höhe von 350€ je Stunde in Rechnung stellen. Einer Terminerinnerung per Mail oder SMS stimme ich zu.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Per E-Mail senden oder selber per E-Mail an [info@praxis-am-weinberg.de](mailto:info@praxis-am-weinberg.de) schicken.