

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient*in

willkommen in unserer Praxis! Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben sowie Auskünfte zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Angaben dienen einer komplikationslosen Behandlung, so dass wir um vollständige und richtige Antwort bitten.
Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort E-Mail

Telefon (privat) Telefon (mobil)

Name des Kostenträgers (Krankenkasse, Versicherung)

Beruf Telefon (dienstlich)

Für Privatversicherte

Post A Post B KVB I-III KVB IV

Standardtarif Basistarif Studententarif
(bitte ggf. Ausweis vorlegen)

Hauptversicherte*r | Zahlungspflichtige*r
familienversichert

wie Patient*in andere*r
(nicht ausfüllen) (nur dann ausfüllen)

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon

Zahnarzt

Hausarzt

Name Name

Ort Ort

Angaben zur Gesundheit. Haben/hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/schwere Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhauskeim MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung, bösartige Neubildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben, Krankheiten _____

Größe _____ m Gewicht _____ kg

Blutverdünner? Ja Nein

z. B. Marcumar Xarelto Pradaxa
 Clopidogrel Eliquis Plavix ASS

Sonstige Blutverdünner _____

Bisphosphonate Ja Nein

oral _____ i.v. _____

Nehmen Sie ständig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

(bei Frauen) Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit. Vielen Dank!

Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen und Ihnen deshalb abschließend noch einige organisatorische Hinweise an die Hand geben: Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert. Falls Sie den vereinbarten Termin bei uns nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns bitte 24 Stunden vor diesem Bescheid. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen den nicht wahrgenommenen Termin privat in Rechnung zu stellen. Als gesetzlich krankenversicherter Patient benötigen wir Ihre Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach dem Behandlungsbeginn, andernfalls müssen die Kosten für die Behandlung privat berechnet werden. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten zu.

Von der Datenschutzerklärung habe ich Kenntnis genommen (Aushang Infoblatt) und bin damit einverstanden.

Datum _____

Unterschrift Patient*in oder Erziehungsberichtigte*r _____