



## ANAMNESE

### Patient(in)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Besteht eine Zusatzversicherung?  ja  nein

Handy: \_\_\_\_\_

### Versicherte(r) (falls nicht selbst)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Im Interesse einer individuellen Behandlung bitten wir um folgende Angaben: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen oder ergänzen)**

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- Allergische Reaktionen: \_\_\_\_\_
- Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen: \_\_\_\_\_
- Herzbeschwerden: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Blutdruck hoch/niedrig, Herzklappenersatz, angeborener Herzfehler  Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Gelbsucht, Leberkrankheiten  Ohnmachts- oder Krampfanfälle
- Schlaganfall  Rheuma
- Nervenerkrankung  HIV positiv
- Asthma  Diabetes

2. Bestehen zurzeit andere Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

4. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja ( ) Nein ( ) Ungewiss ( )

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter(innen)

**Termine, die ausschließlich für mich reserviert sind und ich nicht einhalten kann oder will, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden. Das gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.**

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

Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten): \_\_\_\_\_