

# ANAMNESE FRAGEBOGEN

In diesem Fragebogen teilen Sie uns die Daten zu ihrer Person mit, die für eine Behandlung wichtig sind. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Daten werden bei uns elektronisch gespeichert. Dabei unterliegen sie natürlich den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Unsere Datenschutzerklärung liegt zur Einsicht an der Anmeldung bereit.



**Patient**

Name/Vorname	Geburtsdatum
--------------	--------------

**Mitglied**

Name/Vorname	Geburtsdatum
--------------	--------------

**Anschrift Patient**

Straße	
PLZ	Ort
Telefon / E-Mail	

**Anschrift Mitglied**

(Bitte nur bei abweichender Adresse ausfüllen)

Straße	
PLZ	Ort
Telefon / E-Mail	

**Beruf**

Beruf
-------

**Arbeitgeber**

Arbeitgeber	
PLZ	Ort

**Krankenkasse**

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung
	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert - Beihilfe
		<input type="checkbox"/> privat versichert - Basistarif

**Wichtig für Privatversicherte:** Standard- bzw. Basistarife bei Privatpatienten sind in unserer Praxis leider nicht Behandlungsgrundlage. Trifft diese Versicherungsart bei Ihnen zu, sollten Sie sich vor Behandlungsbeginn über den Leistungsumfang erkundigen.

**Überwiesen durch**

Überwiesen durch
------------------

**Hausarzt**

Hausarzt
----------

**Woher kennen Sie uns?**

<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Jameda	<input type="checkbox"/> Facebook
Sonstiges:			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. spätestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

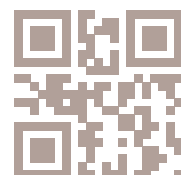
Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

**EMPFEHLEN SIE UNS**  
facebook.com/zahnarzt.in.diez   
www.jameda.de

**NUTZEN SIE UNSERE  
ONLINE-TERMINVERGABE**  
termin.zahn-docs-diez.de

**BESUCHEN SIE UNS  
IM INTERNET**  
www.zahn-docs-diez.de



**weiter auf der Rückseite >>>**

**Bitte helfen Sie uns** und beantworten die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand genau. Diese Angaben helfen uns, Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen zu lassen. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

**Geben Sie bitte in Ihrem eigenen Interesse jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes umgehend und unaufgefordert an.**

Leiden oder litten Sie jemals an folgenden Erkrankungen:

**Herz/Kreislauf**  ja >>>>>>  Bluthochdruck  Defibrillator  
 nein  Herzklappenfehler  Herzklappenersatz  
 Endokarditis/Herzmuskelentzündung  Herzschrittmacher  
 Herzinfarkt Jahr:   Herzoperation Jahr:   
 Sonstiges:

**Blut**  ja >>>>>>  Blutgerinnungsstörung  
 nein  Blutungsneigung  
 Blutarmut / Anämie  
 Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein:  
 Welche?

**Stoffwechsel**  ja >>>>>>  Zuckerkrankheit/Diabetes  
 nein  Schilddrüsenerkrankung  
 Knochenschwund (Osteoporose)  
 Lebererkrankung  
 Nierenleiden  
 Sonstiges:

**Infektionen**  ja >>>>>>  Hepatitis  
 nein  Immunschwäche (z.B. HIV/AIDS)  
 Lungenentzündung  
 Tuberkulose  Asthma  
 chronische Entzündung der Atemwege  COPD  
 Sonstiges:

**Allergien**  ja >>>>>>  Lokalanästhesie/Spritzen  
 nein  Antibiotika  
 Schmerzmittel  
 Metalle  
 Sonstiges:

**weitere Erkrankungen**  ja >>>>>>  Magen-/Darmerkrankung  Drogenabhängigkeit  
 nein  Krebsleiden  Bisphosphonatpatient  
 Epilepsie  Spenderorgan vorhanden  
 künstl. Gelenke Jahr:   Depression  
 Schlaganfall Jahr:   psychische Erkrankung  
 Sonstiges:

**Medikamenten-unverträglichkeit?**  ja >>>>>> Welche?  
 nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  ja >>>>>> Welche? Mehr als 3 Medikamente? – Bringen Sie doch einfach eine Liste mit.  
 nein

**Wann wurden Sie zuletzt im Kopfbereich geröntgt?**

**Schwangerschaft?**  ja >>>>>> Welcher Monat?   nein

**Rauchen Sie?**  ja >>>>>> Anzahl pro Tag:   nein

**Trinken Sie Alkohol?**  ja >>>>>>  mal pro Woche  selten  nein