



Anamnese

Patient

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Str./Hausnr.
Beruf	Arbeitgeber
Tel.	Tel. beruflich
Mobil	E-Mail

Versicherung / Abrechnung

- Gesetzlich versichert Zahnärztliche Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse

- Privat versichert Beihilfe

Name der Versicherung

Rechnungsempfänger

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Str./Hausnr.

- Selbstzahler

Hausarzt / Zahnarzt

Hausarzt	Ort
Zahnarzt	Ort

Nein Ja

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? Falls Sie mit „Ja“ antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben ankreuzen bzw. eintragen.

- Rauchen (Zigaretten / Tag)
- Bluthochdruck
- Erkrankung des Herzens (ggf. wann?)

- Herzfehler Herzinfarkt Herzschrittmacher Herzrhythmusstörungen Bypass
- künstl. Herzklappe Angina pectoris Endokarditis Herzpass Herzoperationen

- Lungenerkrankungen

 Asthma Bronchitis COPD

- Blutgerinnungsstörungen

- Gerinnungshemmende Medikamente

- aspirinhaltige Medikamente (z. B. Thomapyrin) Plavix / Iscover / Clopidogrel
- ASS /Aspirin Marcumar Xarelto andere

- Lebererkrankungen

Hepatitis A B C

- Nierenerkrankungen

 Dialyse

- Zuckerkrankheit / Diabetes

 Typ I Typ II

- Skelettsystem / Knochen

 Rheuma Osteoporose künstl. Gelenke Muskelerkrankungen

- Nerven- / Gemütskrankungen
(ggf. wann?)

 Epilepsie Depressionen Schlaganfall andere

- Tumorerkrankungen (ggf. wann?)

- Behandlung mit Bisphosphonaten

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme
Welche? (ggf. Liste vorlegen)

- Allergische Reaktionen
(ggf. Allergiepass vorlegen)

- Medikamentenunverträglichkeit

 Penicillin Schmerzmittel Lokalanästhetika

- Schwangerschaft
(Schwangerschaftswoche?)

 Ich stille Schwangerschaft ungewiss

- Suchterkrankung

 Alkohol Sonstiges

- Sonstige Angaben / andere Krankheiten

 Glaukom Immunschwäche (z. B. AIDS) Schilddrüsenerkrankung

- Operationen (Besonderheiten?)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift