

Anmelde- und Anamnesebogen

Name: _____

Beruf: _____

Vorname: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung: _____

Geburtsort: _____

Adresse: _____

Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist der/die Versicherte?

Name: _____

Vorname: _____

Tel. Privat: _____

Geburtsdatum: _____

Vollversichert? nein / ja

Sind Sie beihilfeberechtigt? nein / ja

Basistarif versichert? nein / ja

Pflegestufe? nein / ja

Haben Sie einen gerichtlich bestellten Betreuer? Name: _____

Ich komme auf Empfehlung von: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Gesundheitsfragen in Ihrem eigenen Interesse möglichst genau. Alle Angaben unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch den Bestimmungen des Datenschutzes.

Haben Sie sehr hohen Bluthochdruck? nein / ja, ca. _____ / _____ mm Hg

Haben Sie einen Herzklappenfehler? nein / ja

Haben Sie einen Herzklappenersatz? nein / ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher? nein / ja

Hatten Sie bisher eine Endokarditis? nein / ja

(Herzinnenhautentzündung)

Sind Sie HIV positiv? nein / ja

Haben Sie Hepatitis? nein / ja

Andere Infektionserkrankungen? _____

Haben Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie)? nein / ja

Existiert bei Ihnen eine Ohnmachtsneigung? nein / ja

Haben Sie Diabetes? nein / ja HbA1c-Wert _____ %

Haben Sie Asthma oder eine Lungenerkrankung? nein / ja

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? nein / ja

Haben Sie eine Erkrankung der Knochen / Wirbelsäule? nein / ja

Haben Sie ein Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)? nein / ja

Haben Sie eine Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunkt.)? nein / ja

Bestehen andere gesundheitliche Risiken? _____

Haben Sie eine Allergie auf Lokalanästhesie? nein / ja

Haben Sie eine Allergie auf Antibiotika? nein / ja, welche _____

Haben Sie eine Allergie auf Schmerzmittel? nein / ja, welche _____

Haben Sie eine Allergie auf Metalle? nein / ja, welche _____

Haben Sie eine Allergie auf Latex? nein / ja

Leiden Sie unter anderen Allergien oder Unverträglichkeiten? _____

Ihr Nikotinkonsum? mehrmals täglich täglich wöchentlich 1x monatlich 1x im Jahr nie

Ihr Alkoholkonsum? mehrmals täglich täglich wöchentlich 1x monatlich 1x im Jahr nie

Wurden bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? nein / ja, wann zuletzt _____

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? nein / ja, in der _____ Woche

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Zusatzfragen: Ist die Terminbestätigung am Vortag erwünscht? Ja, bitte per **O Telefon** (siehe oben),

O Email | Adresse: _____

oder **O SMS** | Mobilfunk-Nr: _____

O Ich möchte an die nächste Vorsorgeuntersuchung bzw. Prophylaxesitzung erinnert werden.

O Die Terminvergabe/-bestätigung darf nicht über Familienmitglieder erfolgen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift