



## ANAMNESEBOGEN

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

Lieber Patient,

gerne möchten wir auch weiterhin kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Bitte überprüfen Sie die unten stehenden Angaben und ergänzen oder verändern Sie diese bei Bedarf. Danke.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Privat:

Handy Nr.:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber, Ort:

Tel. Arbeitsplatz:

Krankenkasse:

pflichtversichert: ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Geburtsort? \_\_\_\_\_

**Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

**Soll die Rechnung an eine abweichende Adresse?**

Name:

Adresse:

**Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?**

ja  nein

### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Bitte dass für Sie zutreffende ankreuzen!

Haben Sie einen Allergiepass? ja  nein

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja  nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja  nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja  nein

Haben Sie Bluthochdruck? ja  nein

Sind Sie HIV positiv? ja  nein

Haben Sie Hepatitis B? ja  nein

Haben Sie Hepatitis C? ja  nein

Haben Sie eine sporadische Prionerkrankung (Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)? ja  nein

Haben Sie Diabetes? ja  nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja  nein

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

Leiden Sie unter Migräne? ja  nein

Haben Sie grünen Star? ja  nein

Haben Sie eine Prostataerkrankung? ja  nein

Haben Sie Asthma? ja  nein

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche: ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja  nein

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Interesse an unserem Wiedereinbestellsystem (Recall)? ja  nein

Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? ja  nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

**VEREINBARUNG: Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies so bald wie möglich mit, spätestens jedoch 24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst die Ausfallzeit in Rechnung stellen müssen!**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_