

Anmeldebogen mit Anamnese

Bei Auswahlmöglichkeiten bitte zutreffendes ankreuzen!

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße Nr.: _____
PLZ-Ort: _____
Telefon: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort _____
E-Mail-Adresse _____
Krankenkasse _____
freiwillig versichert ja nein
Name des Hausarztes: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____
Straße Nr.: _____
PLZ-Ort: _____
Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes? ja nein
Wer hat uns empfohlen? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneter Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschlands e.V., Wittelsbacherstr. 15, 86641 Rain am Lech, zum Zwecke der Einziehung der (zahn-)ärztlichen Honorarforderung.

Ich bin mir bewusst, dass ich diese Entscheidung freiwillig erteilt habe und jederzeit widerrufen kann.

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

				wenn ja, welche?
1	Allergie (welche) _____	ja	nein	_____
2	Anfallsleiden (Epilepsie) _____	ja	nein	_____
3	Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma) _____	ja	nein	_____
4	herabgesetzte Blutgerinnung (ASS 100, Marcumar) _____	ja	nein	_____
5	Diabetes (welcher Typ) _____	ja	nein	_____
6	Glaukom ("Star", erhöhter Augendruck) _____	ja	nein	_____
7	Erkrankung blutbildender Organe (Rückenmark, Milz, Leukämie) _____	ja	nein	_____
8	Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzschwäche, Angina pectoris) _____	ja	nein	_____
8.1	Herzinfarkt _____	ja	nein	_____
8.2	Herzschrittmacher _____	ja	nein	_____
8.3	Herzklappenfehler/-ersatz _____	ja	nein	_____
8.4	Hypertonie (erhöhter Blutdruck) _____	ja	nein	_____
8.5	Hypotonie (zu niedriger Blutdruck) _____	ja	nein	_____
9	Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Aids) _____	ja	nein	_____
10	Lebererkrankungen _____	ja	nein	_____
11	Magen-Darm-Erkrankungen _____	ja	nein	_____
12	Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse, chronische Niereninsuffizienz) _____	ja	nein	_____
13	Osteoporose _____	ja	nein	_____
14	Rheumatoide Arthritis _____	ja	nein	_____
15	Schilddrüsenerkrankungen _____	ja	nein	_____
16	Tumorerkrankungen _____	ja	nein	_____
17	Frühere Operationen? (welche) _____	ja	nein	_____
18	Besteht eine Schwangerschaft? _____	ja	nein	_____
19	Nehmen Sie Medikamente ? (welche) _____	ja	nein	_____
20	Raucher _____	ja	nein	_____
21	Genetische Erkrankung (z.B. Down-Syndrom) _____	ja	nein	_____
22	Wie alt ist Ihr ggf. vorhandener Zahnersatz _____	ja	nein	_____

Allgemeinen Schriftverkehr und Rechnungen richten Sie bitte an - mich - bzw. an die/den Versicherten.

Mit der Durchführung notwendiger Behandlungsmaßnahmen z.B. Lokalanästhesie, Röntgen usw. bin ich einverstanden. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Schliersee, den _____
 Datum

 Unterschrift von Patient

Anamnese eingetragen: ja nein

Namenskürzel:.....