

## Anmeldebogen mit Anamnese

Name, Vorname: _____	<u>Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied?</u>
Geb.-Datum, Geb.-Ort _____	Name:: _____
Straße: _____	Vorname: _____
PLZ-Ort: _____	Geburtsdatum : _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Beruf: _____	Adresse: _____
Arbeitgeber, Ort _____	PLZ-Ort: _____
Name des Hausarztes: _____	Wer hat uns empfohlen? _____

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre Behandlung geeigneten 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) _____  | 1. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 2. Anfallsleiden (Epilepsie) _____  | 2. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 3. Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma) _____   | 3. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 4. Blutgerinnungsstörung ( z.B.: ASS, Marcumar, Effient, Plavix, oder Pradaxa, Xarelto, Iscover, Eliquis, Clopidogrel, Prasugrel) | 4. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 5. Diabetes (welcher Typ) _____   | 5. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 6. Glaukom ("Star", erhöhter Augendruck) _____  | 6. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 7. Erkrankung blutbildender Organe (Rückenmark, Milz, Leukämie)   | 7. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 8. Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Herzschwäche, Angina pectoris)   | 8. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |
| 8.1 Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Herzklappenfehler/-ersatz   | 8.1 ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 8.2 Erhöhter Blutdruck (Hypertonie) _____   | 8.2 ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 8.3 Niedriger Blutdruck (Hypotonie) _____   | 8.3 ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 9. Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Aids) _____   | 9. ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>  |

10. Lebererkrankungen\_\_\_\_\_ 10.ja O ein O
11. Magen-Darm-Erkrankungen\_\_\_\_\_ 11.ja O nein O
12. Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse, chronische Niereninsuffizienz) 12.ja O nein O
13. Osteoporose\_\_\_\_\_ 13.ja O nein O
14. Rheumatoide Arthritis\_\_\_\_\_ 14.ja O nein O
15. Schilddrüsenerkrankungen\_\_\_\_\_ 15.ja O nein O
16. Tumorerkrankungen\_\_\_\_\_ 16.ja O nein O
17. Frühere Operationen? (welche)\_\_\_\_\_ 17.ja O nein O
18. Besteht eine Schwangerschaft?\_\_\_\_\_ 18.ja O nein O
19. Nehmen Sie Medikamente ? (welche)\_\_\_\_\_ 19.ja O nein O
20. Raucher\_\_\_\_\_ 20.ja O nein O
21. Hatten Sie schon einmal eine Zahnfleischbehandlung bekommen? 21.ja O nein O
22. Haben oder hatten Sie Probleme mit dem Kiefergelenk (Knacken) 22.ja O nein O
23. Wie alt ist Ihr ggf. vorhandener Zahnersatz\_\_\_\_\_
24. Wünschen sie eine Terminerinnerung per SMS\_\_\_\_\_ 24.jaO nein O

Allgemeinen Schriftverkehr und Rechnungen richten Sie bitte an - mich - bzw. an die/den Versicherten.  
Mit der Durchführung notwendiger Behandlungsmaßnahmen z.B. Lokalanästhesie, Rö-Bild usw. bin ich einverstanden. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach besten Wissen gemacht zu haben.

Anamnese eingetragen Ja O wer:

Unterschrift: \_\_\_\_\_