



Anamnesebogen

Gesundheitsfragebogen

Persönliches:

Frau Herr Name Vorname Geburtstag

Hauptwohntort

Straße Nr. PLZ Ort

Zweitwohnsitz

Straße Nr. PLZ Ort

Telefon Mobil E-Mail

Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert: Ja Nein Zusatzversicherung: Ja Nein
• Bei welcher Krankenkasse: Beihilfeberechtigt: Ja Nein
Privat versichert: Ja Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Frau Herr Name Vorname Geburtstag

Straße Nr. PLZ Ort

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name Ort



Anamnesebogen

Gesundheitsfragebogen

Haben oder hatten Sie ...

- Kiefergelenkschmerzen Ja Nein
Tumorerkrankungen Ja Nein
Prostataerkrankungen Ja Nein
Hohen Blutdruck Ja Nein
Niedrigen Blutdruck Ja Nein
Diabetes Ja Nein
eine erhöhte Blutungsneigung Ja Nein
Zahnfleischbluten Ja Nein
Ohrensausen / Tinnitus Ja Nein
Migräne Ja Nein
Asthma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Grüner/Grauer Star Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
HIV (Aids) Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
• Wenn ja, welcher Typ A B C
Allergien Ja Nein
• Wenn ja, wogegen?

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der /des ...

- Herzens oder Kreislaufs Ja Nein
Leber Ja Nein
Nieren Ja Nein
Schilddrüse Ja Nein
Magen-Darm-Traktes Ja Nein
Gelenke (Rheuma) Ja Nein
Wirbelsäule Ja Nein
Psyche Erkrankung Ja Nein

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

• Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Nein • Wenn ja, in welchem Monat sind Sie?

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Von Bekannten empfohlen
 Internet

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unsere Internetseite angeschaut?

- Ja Nein

Wichtige Information!

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen habe.

Datum

Unterschrift