



## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Mitglied? \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Für Privatpatienten: Basistarif

Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Kontrolluntersuchung..... ja nein

Zahnschmerzen..... ja nein

Informationsgespräch..... ja nein wenn ja, über \_\_\_\_\_

Wurden in den letzten 2 Jahren Röntgenbilder erstellt? wenn ja, bei welchem Zahnarzt? \_\_\_\_\_

### Bestehen gesundheitliche Risiken? (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

gegenwärtige Erkrankungen..... ja nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher..... ja nein

Überempfindlichkeit gegen Medikamente?..... ja nein wenn ja, gegen \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?..... ja nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Asthma (schwere Atemnot)..... ja nein

Allergische Reaktionen..... ja nein wenn ja, worauf? \_\_\_\_\_

Hoher oder niedriger Blutdruck..... ja nein

Herz-/Kreislaufkrankungen..... ja nein Herzinfarkt..... ja nein

Schlaganfall oder Lähmungen..... ja nein

Gelbsucht (Hepatitis) o. Lebererkrankungen..... ja nein Niereninsuffizienz..... ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)..... ja nein Rheuma..... ja nein

Immunsystemerkrankungen (HIV, etc.)..... ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?..... ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

**Wachtendonk, den \_\_\_\_\_**

Ich möchte gerne regelmäßig an Routineuntersuchungen erinnert werden, die vom Zeitintervall an meinen Gesundheitszustand angepaßt werden. Ich bestätige diesen Wunsch mit separater Unterschrift. Ich weiß, daß ich diesen Service jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift für Recall-System