



## Patienten-Aufnahmebogen

### Patient

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

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

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

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

männlich  weiblich

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

e-Mail\*: \_\_\_\_\_

Privat  Privat-Basistarif

gesetzlich pflichtversichert  gesetzlich freiwillig versichert  Beihilfe  ja  nein

### Versicherter

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

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

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

männlich  weiblich

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Anamnese

Ihre Angaben werden auf freiwilliger Basis erhoben, für eine Reibungslose und sichere Behandlung bitten wir um nachstehende Angaben: Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Herzkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	niedriger/hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma, Atemnot	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung/Bluter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie/Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Creutzfeldt-Jacob-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bisphosphonate/Denosumab	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schnarchen/Apnoe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegestufe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn Ja wie viele pro Tag?  ja  nein Anzahl \_\_\_\_\_

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein ungewiss

Name des Hausarztes\*: \_\_\_\_\_

Name des Hauszahnarztes\*: \_\_\_\_\_

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?  ja  nein

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? \_\_\_\_\_

Die Praxis wurde mir empfohlen von: \_\_\_\_\_

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind eine freiwillige Angabe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_