



## Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns Änderungen unaufgefordert mit. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte baldmöglichst, spätestens jedoch 24 Stunden vor Ihrem Termin.

### Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

### Telefonnummern

Privat: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Geschäftlich: \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

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

### Wer ist Hauptversicherter?

(nur bei Abweichung von Patientendaten)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

### Wer soll die Rechnung erhalten?

(nur bei Abweichung von Patientendaten)

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

### Hauszahnarzt

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

Wenn **GESETZLICH** versichert:

Haben sie einen  Pflegegrad/  Eingliederungshilfe/  Schwerbehinderung?

Wenn ja, welchen Pflegegrad? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja  nein

Wenn **PRIVAT** versichert:

Sind Sie Beihilfeberechtigt?  ja  nein

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht? (z. B. Versendung von Röntgenbildern)  ja  nein

Einverständnis Erziehungsberechtigter zur Behandlung Minderjähriger?  ja  nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung?  ja  nein

Wenn JA, wie möchten Sie an an Ihren nächsten Termin erinnert werden?  per SMS  per Brief  per E-Mail

## Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gerinnungshemmer: <input type="checkbox"/> Falithrom <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung (Hepatitis):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen- / Darmerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung / Asthma:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nasen- / Nasennebenhöhlenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augenerkrankung (z. B. Glaukom, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, welche? _____		
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV positiv:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sonstige schwere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, welche? _____		
Haben Sie Suchterkrankungen (z. B. Drogen, Alkohol, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, welche? _____		
Haben Sie Allergien (z. B. Latex, Pflaster, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, welche? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, welche? ggf. Medikationsplan _____		

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (Spezielle Medikamente in der Krebstherapie oder der Osteoporose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, bei welchen? _____		
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____		

### Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn JA, in welchem Monat? _____		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.  
Über die neue Datenschutzverordnung vom 25.05.2018 wurde ich aufgeklärt.

Leipzig, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. Erziehungsberechtigte(r)