

# ANAMNESEBOGEN



Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. am

Mitglied: \_\_\_\_\_  
Name Vorname geb. am

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort

Telefon: \_\_\_\_\_  
privat beruflich Handy

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

Pflegegrad nach § 15 SGB XI

Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX

## ZUR EIGENEN SICHERHEIT BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN

	JA	NEIN
Herz-Kreislauf-Erkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie auf eine Endokarditis-Prophylaxe (Herzinnenhautentzündung) angewiesen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten? (Hepatitis, Tbc, AIDS/HIV, o.a.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelüberempfindlichkeiten / Allergien? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chron. Atemwegserkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn Ja wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörung / Schnarchen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbeschwerden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie das letzte mal im Kopf-Hals Bereich geröntgt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Möchten Sie in unser RECALL-PROGRAMM aufgenommen werden?**  Ja  Nein

**Möchten Sie zur Termin-Erinnerung eine SMS am Tag vorher bekommen?**  Ja  Nein

Unsere Praxis arbeitet mit Terminen, die ausschließlich für Sie reserviert werden. Bitte sagen Sie rechtzeitig ab, wenn Sie verhindert sind, damit der Termin neu vergeben werden kann. Verspätete Absagen (weniger als 24 Stunden vorher) ohne triftigen Grund können entsprechend der Wartezeit des Behandlers in Rechnung gestellt werden. Diese Kosten übernimmt Ihre Krankenkasse nicht.

Datum

Unterschrift