

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

das Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen. Wir bitten Sie, uns einige Angaben zu Ihrer Person zu geben. Mit dem Ausfüllen dieses Anamnesebogens tragen Sie zu einem einfacheren Ablauf der Praxisorganisation bei und verkürzen somit die Wartezeiten. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Name, Vorname des Patienten		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Telefon/Mobil		E-Mail	
Krankenkasse			
<input type="checkbox"/> selbstversichert	mitversichert durch:		<input type="checkbox"/> Vater/Mutter
	<input type="checkbox"/> Ehemann	<input type="checkbox"/> Ehefrau	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beruf		Arbeitgeber	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> privatversichert zum Basistarif	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
Zusatzversicherungen		Hausarzt (Name und Kontakt, wenn parat)	

Um gesundheitliche Risiken bei der Behandlung zu vermeiden und um Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen zu können, ist es wichtig, dass Sie die folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS ...	
Hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung, niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankheit (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankungen (Endokarditis, Herzschwäche, Infarkt, ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nähere Angaben:	

Bitte wenden.

HABEN ODER HATTEN SIE JEMALS ...	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose ...) Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien Gegen welche Stoffe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen an Leber, Niere, Darm, Schilddrüse, Magen-Darm-Trakt, Gelenken Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
FRAGEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND	
Sind Sie schwanger? In welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (ASS, Godamed, Plavix, Marcumar, Heparin, ...)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren Sie in den letzten Jahren im Krankenhaus? Nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an anderen, nicht aufgeführten Krankheiten? Wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schnarchen Sie? Oder Ihr Partner?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**STÖRT SIE ETWAS AM AUSSEHEN IHRER ZÄHNE? WENN JA, WAS GENAU?**

ja  nein

- dunkle Füllungen
- gelbe Zähne
- schiefe Zähne
- sonstiges .....

**WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?**

- Telefonbuch/Gelbe Seiten
- Empfehlung: Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? .....
- Internet (Empfehlungsportal/Suchmaschine/Website) .....
- sonstiges .....

**MÖCHTEN SIE IN UNSER RECALL-SYSTEM AUFGENOMMEN WERDEN?**

ja  nein

Wir erinnern Sie dann gerne an Ihren nächsten Termin per:

- SMS Nummer: .....  FAX Nummer: .....
- ANRUF Nummer: .....  E-MAIL Adresse: .....

**LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,**

sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren Sie uns bitte mindestens **24 Stunden** vorher darüber. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben laut einem Gerichtsurteil des Amtsgericht Fulda vom 16.05.2002 (Az. 34 C 120/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

.....  
**DATUM**

**UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS**