

Anamnesebogen

Liebe Patienten, für Ihre Behandlung benötige ich folgende Angaben, welche selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen:

Persönliches:

Name/Vorname: Geburtsdatum:
Straße, Nr.: PLZ, Ort:
Kassennummer: Versichertennummer:
Krankenkasse/private Krankenversicherung:
gesetzlich versichert privat versichert Zusatzversicherung
beihilfeberechtigt Status:
E-Mail:
Tel. privat/mobil/geschäftlich:
Arbeitgeber/Ort:

Anamnese:

Leiden Sie an:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung |
| <input type="checkbox"/> Allergie Asthma / Heuschnupfen / Latex | <input type="checkbox"/> Arzneimittel-Überempfindlichkeit (Penicillin) |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit TBC, Gelbsucht etc. | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit, Blutungsneigung? |
| <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

	Ja	Nein
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Befanden Sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt:		
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice zur Gesundheitsvorsorge teilzunehmen (RECALL-Service).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evt. Praxiskollegen zu übergeben.

Datum: Unterschrift:



Zahngesundheit für die ganze Familie

Dr. med. Bernd Lux • Zahnarztpraxis im Zerbster Zentrum

Alte Brücke 10
39261 Zerbst/Anhalt

Tel.: 03923/36 26
Fax: 03923/48 77 85

info@dr-lux-zahnarzt-zerbst.de
www.dr-lux-zahnarzt-zerbst.de