

## Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

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

**Versicherter** (falls abweichend von Patient):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

**Sind Sie:**

Zuzahlungsbefreit       Zusatzversichert       Beihilfeberechtigt

**Besitzen Sie ein Bonusheft?**       Ja     Nein

**Wollen Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?**       Ja     Nein

**Sind bisher professionelle Zahnreinigungen bei Ihnen gemacht worden?**       Ja     Nein

**Haben Sie eine abweichende Rechnungsadresse?**       Ja     Nein

---

### Wichtige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

(Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!)

**Nehmen Sie Blutverdünner?**       Ja       Nein

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

Haben Sie künstliche Gelenke?       Ja       Nein

Haben Sie künstliche Herzklappen?       Ja       Nein

Haben Sie Stents?       Ja       Nein

Besteht eine Schwangerschaft?       Ja       Nein

Wenn ja, Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an:**

Diabetes       Herz-, Kreislaufbeschwerden

Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis, TBC)

Allergien?

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

Endokarditis- oder Antibiotikaprohylaxe

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Datenschutzerklärung zur Kenntnisnahme im Wartezimmer ausliegt.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben,

Lüdenscheid, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift