

**Anamnesebogen 2020 / Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

**Patient:**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Versicherter bei Familienmitgliedschaft (Status 3)**

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

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

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

.....

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Sind Sie Zuzahlungsbefreit?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie Zusatz versichert?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind Sie Beihilfe berechtigt?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wollen Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sind bisher professionelle Zahnreinigungen bei Ihnen gemacht worden?                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Besitzen Sie ein <b>vollständiges</b> Bonusheft?; <b>bitte vorzeigen! ab wann?</b> ..... |                          | <input type="radio"/> Nein |

**Haben Sie / Nehmen Sie**

- |   |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| Infektionskrankheiten<br>(Aids, Hepatitis, TBC )? | <input type="radio"/> Ja; welche: _____            | <input type="radio"/> Nein |
| Herz-, Kreislaufbeschwerden?                      | <input type="radio"/> Ja; welche: _____            | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien?  | <input type="radio"/> Ja, welche: _____            | <input type="radio"/> Nein |
| Besteht eine Schwangerschaft?                     | <input type="radio"/> Ja; Entbindungstermin: _____ | <input type="radio"/> Nein |
| Blutverdünner ?                                   | <input type="radio"/> Ja, welche: _____            | <input type="radio"/> Nein |
| Endokarditis- o. Antibiotikaprophylaxe            | <input type="radio"/> Ja                           | <input type="radio"/> Nein |
| künstliche Gelenke?                               | <input type="radio"/> Ja                           | <input type="radio"/> Nein |
| künstliche Herzklappen?                           | <input type="radio"/> Ja; seit wann _____          | <input type="radio"/> Nein |
| Stents?   | <input type="radio"/> Ja, seit wann _____          | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes?   | <input type="radio"/> Ja                           | <input type="radio"/> Nein |
| Schilddrüsentabletten?                            | <input type="radio"/> Ja                           | <input type="radio"/> Nein |
| sonstige Erkrankungen                             | <input type="radio"/> Ja, welche _____             | <input type="radio"/> Nein |

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

**Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Datenschutzerklärung zur Kenntnisnahme im Wartezimmer aus liegt.**

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.**

Lüdenscheid, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_