Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wenn sie nicht selbst Krankenversicherungs-

Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mitglied sind, wer ist der Versicherter?

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handy-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Sind Sie Beihilfeberechtigt? Betrifft Privat Patienten ja O / nein O

Haben sie eine Zahnzusatzversicherung? ja O / nein O

**Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an …:**

Kreislauf allgemein ja O / nein O Schilddrüsenunterfunktion ja O / nein O

Herz: Was?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ja O / nein O Schilddrüsenüberfunktion ja O / nein O

Lunge ja O /nein O Nieren ja O / nein O

Blut ja O / nein O Gelenke (Rheuma) ja O / nein O

Leber ja O / nein O Magenerkrankung ja O / nein O

Darmerkrankung ja O / nein O

**Haben oder hatten Sie jemals …:**

Hohen Blutdruck ja O / nein O Hepatitis A /B /C ja O / nein O

Zucker (Diabetes) ja O / nein O Grüner Star ja O / nein O

Epilepsie ja O / nein O Krebserkrankung?\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_ja O / nein O

Allergien, wenn ja ja O / nein O Durchblutungsstörungen ja O / nein O

Welche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HIV (Aids) ja O / nein O

andere Erkrankungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals Probleme mit Nachblutungen bei Zahnärztlichen Eingriffen? ja O / nein O

Sind Sie zur Zeit in Ärztlicher Behandlung? ja O / nein O

Wenn ja, wo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? ja O / nein O

Wenn ja und weshalb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja O / nein O

Wenn ja, welche und wofür:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Für Frauen: Sind Sie Schwanger?* ja O / nein O

Wenn ja, in welcher Woche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Möchten Sie am Kostenlosen Erinnerungsservice der Praxis zur

Vorsorgeuntersuchung teilnehmen? ja O / nein O

Wenn ja, per SMS: O oder per Post: O

Stolzenau, den\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_