

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Name Versicherter:		Geburtsort:	
Krankenversicherung:			
PLZ:	Ort:	Straße:	
Tel.(privat):		Tel.(geschäftlich):	
Tel.(mobil):		Arbeitgeber:	
E-Mail:			
Zahnarzt/Kieferorthopäde:		Hausarzt:	

Wer hat Sie empfohlen / überwiesen?

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Ihre Antworten sind wichtig, um mögliche Risiken bei der Behandlung und Medikation zu vermeiden. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Ich möchte keine Informationen über Veranstaltungen etc. über unseren E-Mail-Newsletter erhalten

Herz-/Kreislaufkrankungen	genauere Angaben zur Erkrankung	
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen:		

Infektiöse Erkrankungen	genauere Angaben zur Erkrankung		
HIV positiv/AIDS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Infektionserkrankungen:			

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Augenerkrankung/Grauerstar etc .	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Typ:
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Skelettsystem/Knochenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Behinderung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Rheumaerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wann/welche:
Strahlentherapie/Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wann:
waren oder sind Sie Drogenabhängig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie viele pro Tag:
Nikotinabhängigkeit/Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wie viele pro Tag:
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche Woche:
Sonstige Erkrankungen:			

Allergien bzw. Unverträglichkeiten	genauere Angaben zur Erkrankung		
Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Metalle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	welche:
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Latex	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Allergien:			

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

Ich habe die Anamnese vollständig ausgefüllt und bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben.

Datum: _____ Unterschrift (Sorgeberechtigte): _____