



Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Krankenversicherung

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privat versichert

☐ Beihilfe

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

☐ Ja, bei: _____

☐ Nein

Pflegegrad (§ 15 SGB XI)

☐ Ja ☐ Nein

Welcher:

Allgemeine Gesundheit

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Herzklappenersatz

☐ Herzschrittmacher

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Asthma
- ☐ COPD
- ☐ Epilepsie
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ HIV
- ☐ Hepatitis
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Krebs

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wenn ja, welche Operation? _____

Wann? _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Welche?

Blutverdünner

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja

Welche?

Allergien / Unverträglichkeiten

☐ Keine

☐ Penicillin

☐ Lokalanästhetika

☐ Latex

☐ Metalle

☐ Sonstige:

Bisphosphonate

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate gegen Osteoporose oder Knochenmetastasen?

☐ Nein

☐ Ja

Rauchen

☐ Nein

☐ Ja

Anzahl Zigaretten pro Tag: _____

Alkohol

☐ Nein

☐ Gelegentlich

☐ Regelmäßig

Schwangerschaft

☐ Nein

☐ Ja

Falls ja, Schwangerschaftswoche: _____

Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen angefertigt?

☐ Nein

☐ Ja

Wann? _____

Wo? _____

Einwilligung und Bestätigung:

Ich bestätige, dass ich die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich der Praxis unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, Terminbestätigungen und Terminerinnerungen über Doctolib per E-Mail und/oder SMS zu erhalten.

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine spätestens 24 Stunden vor dem Termin ab.

Bei nicht oder nicht rechtzeitig (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) abgesagten Terminen behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von 40,00 € zu berechnen, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte.

☐ Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen.

Oberhausen, den _____

Unterschrift Patient

Bei Patientinnen und Patienten unter 16 Jahren:

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten