

Anamnesebogen

Dr. Tim Heine
Dr. Jörn Wolf
Dr. Ingrid Bönkhoff-Heine
Stefanie Lüers
Kristine Frerichs

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.Nr.: Tel.Nr. dienstl.: E-mail:

Gesetzliche Krankenversicherung

Privatversicherung

Versicherte/r (falls nicht Patient)

Name: Vorname: geb:

Straße: PLZ/Ort:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben :

1. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten ?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten ggf. welche ?
- Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV) ggf. welche ?
- Parodontosebehandlung ggf. wann ?

2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen ? ja nein wenn ja, welche ?

.....

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? ja nein wenn ja, welche ?

.....

4. Besteht eine Schwangerschaft ? ja nein wenn ja, welcher Monat?

5. Rauchen Sie ? ja nein wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

6. Haben Sie einen Röntgenpass ? ja nein

7. Sind Sie an unserem Prophylaxe-Programm (Zahnreinigung) interessiert ? ja nein

8. Möchten Sie in unser Termin-Erinnerungs-Programm aufgenommen werden ? ja nein

Ihre Angaben werden von uns teilweise elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum: Unterschrift Patient/in:

oder Erziehungsberechtigter