

**Anmeldebogen mit Anamnese**

Name: _____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Vorname: _____	Name: _____
Geburtsdatum: _____	Vorname: _____
Geburtsort: _____	Geburtsdatum: _____
Adresse: _____	
Telefonnummer: _____	
	Wer soll die Rechnung erhalten?
Krankenkasse: _____	Name: _____
pflichtversichert: Ja / Nein	Adresse: _____
Beruf: _____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des Öffentlichen Dienstes? Ja / Nein
Arbeitgeber, Ort: _____	

<b>Zutreffendes bitte ankreuzen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sind Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe oder haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Haben Sie Gerinnungsstörungen oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? ( z. B. ASS, Marcumar, Heparin, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto ... ) Wenn ja, kennen Sie Ihren aktuellen Quick-Wert? _____ Ihren INR-Wert? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Haben Sie eine Herz-/ Kreislaufferkrankung? ( z. B. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz... )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bitte beachten Sie auch die 2. Seite!**

**Sind bei Ihnen folgende Infektionen bekannt oder besteht der Verdacht darauf?**

- HIV-Infektion
- Hepatitis B, C
- Creutzfeldt-Jakob-Infektion
- MRSA-Infektion (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)
- Tuberkulose

**Sonstige:**

- Haben Sie Diabetes?

Wenn ja, kennen Sie Ihren aktuellen HbA1C-Wert? \_\_\_\_\_

- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?
- Haben Sie eine Magen-, Darm-, oder Nierenerkrankung?
- Haben Sie eine Augenerkrankung?
- Haben Sie eine Lungenerkrankung? (z.B. Asthma, COPD...)
- Sind Sie schwanger?

Wenn ja in welcher Woche? \_\_\_\_\_

**Fragen bzgl. einer Antibiotikaprophylaxe:**

- Tragen Sie künstliche Gelenke, Herzklappen oder Organtransplantate?
- Hatten Sie schon einmal eine Endokarditis (Herzmuskelentzündung)
- Leiden Sie unter rheumatischer Arthritis?

**Angaben zur Behandlung in unserer Praxis:**

- Haben Sie Zahnschmerzen?
- Blutet Ihr Zahnfleisch und/oder zieht es sich zurück?
- Haben Sie Beschwerden im Kiefergelenk?
- Wünschen Sie neuen Zahnersatz?
- Interessieren Sie sich für Implantate?

- Wurde vor Kurzem eine Röntgenaufnahme angefertigt?

- Möchten Sie unseren Erinnerungsservice für die jährliche Kontrolle/Prophylaxe in Anspruch nehmen?  
per SMS (Angabe Ihrer Mobilfunknummer notwendig: \_\_\_\_\_)    
per Post

Sollten Sie Ihren vereinbarten Termin bei uns nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig darüber - mindestens 24 Stunden vorher.  
Nicht abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt!

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift