



Anamnesebogen

Gesundheitsfragebogen

Persönliches:

☐ ☐

Frau Herr Name

Vorname

Geburtstag

Hauptwohnnort

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Zweitwohnsitz

Straße

Nr.

PLZ

Ort

WICHTIG!

Telefon

Mobil

E-Mail

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name

Ort

Sind sie mit ihrer Zahnfarbe zufrieden ☐ Ja ☐ Nein

Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert: ☐ Ja ☐ Nein

Zusatzversicherung: Ja ☐ Nein ☐

• Bei welcher Krankenkasse:

Beihilfeberechtigt: Ja ☐ Nein ☐

Privat versichert: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?

☐ ☐

Frau Herr Name

Vorname

Geburtstag

Straße

Nr.

PLZ

Ort



Anamnesebogen

Gesundheitsfragebogen

Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|------------------------------|---|
| Kiefergelenkschmerzen | ☐ Ja ☐ Nein |
| Tumorerkrankungen | ☐ Ja ☐ Nein |
| Prostataerkrankungen | ☐ Ja ☐ Nein |
| Hohen Blutdruck | ☐ Ja ☐ Nein |
| Niedrigen Blutdruck | ☐ Ja ☐ Nein |
| Diabetes | ☐ Ja ☐ Nein |
| eine erhöhte Blutungsneigung | ☐ Ja ☐ Nein |
| Zahnfleischbluten | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | ☐ Ja ☐ Nein |
| Migräne | ☐ Ja ☐ Nein |
| Asthma | ☐ Ja ☐ Nein |
| Epilepsie | ☐ Ja ☐ Nein |
| Grüner/Grauer Star | ☐ Ja ☐ Nein |
| Tuberkulose | ☐ Ja ☐ Nein |
| HIV (Aids) | ☐ Ja ☐ Nein |
| Hepatitis | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Wenn ja, welcher Typ | ☐ A ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Wenn ja, wogegen? | |

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Von Bekannten empfohlen
☐ Internet

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unsere Internetseite angeschaut?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wichtige Information!

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen habe.

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der /des ...

- | | |
|-------------------------|---|
| Herzens oder Kreislaufs | ☐ Ja ☐ Nein |
| Leber | ☐ Ja ☐ Nein |
| Nieren | ☐ Ja ☐ Nein |
| Schilddrüse | ☐ Ja ☐ Nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ Ja ☐ Nein |
| Gelenke (Rheuma) | ☐ Ja ☐ Nein |
| Wirbelsäule | ☐ Ja ☐ Nein |
| Psyche Erkrankung | ☐ Ja ☐ Nein |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

• Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

• Wenn ja, in welchem Monat sind Sie?

Sind Sie Raucher?

☐ Ja ☐ Nein

Drogenkonsum?

☐ Ja ☐ Nein

erhöhter Alkoholkonsum?

☐ Ja ☐ Nein

Datum

Unterschrift



Anamnesebogen

Gesundheitsfragebogen

Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|------------------------------|---|
| Kiefergelenkschmerzen | ☐ Ja ☐ Nein |
| Tumorerkrankungen | ☐ Ja ☐ Nein |
| Prostataerkrankungen | ☐ Ja ☐ Nein |
| Hohen Blutdruck | ☐ Ja ☐ Nein |
| Niedrigen Blutdruck | ☐ Ja ☐ Nein |
| Diabetes | ☐ Ja ☐ Nein |
| eine erhöhte Blutungsneigung | ☐ Ja ☐ Nein |
| Zahnfleischbluten | ☐ Ja ☐ Nein |
| Ohrensausen / Tinnitus | ☐ Ja ☐ Nein |
| Migräne | ☐ Ja ☐ Nein |
| Asthma | ☐ Ja ☐ Nein |
| Epilepsie | ☐ Ja ☐ Nein |
| Grüner/Grauer Star | ☐ Ja ☐ Nein |
| Tuberkulose | ☐ Ja ☐ Nein |
| HIV (Aids) | ☐ Ja ☐ Nein |
| Hepatitis | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Wenn ja, welcher Typ | ☐ A ☐ B ☐ C |
| Allergien | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Wenn ja, wogegen? | |

In eigener Sache:

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Von Bekannten empfohlen
☐ Internet

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unsere Internetseite angeschaut?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wichtige Information!

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen habe.

Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der /des ...

- | | |
|-------------------------|---|
| Herzens oder Kreislaufs | ☐ Ja ☐ Nein |
| Leber | ☐ Ja ☐ Nein |
| Nieren | ☐ Ja ☐ Nein |
| Schilddrüse | ☐ Ja ☐ Nein |
| Magen-Darm-Traktes | ☐ Ja ☐ Nein |
| Gelenke (Rheuma) | ☐ Ja ☐ Nein |
| Wirbelsäule | ☐ Ja ☐ Nein |
| Psyche Erkrankung | ☐ Ja ☐ Nein |

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

• Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

• Wenn ja, in welchem Monat sind Sie?

Sind Sie Raucher?

☐ Ja ☐ Nein

Drogenkonsum?

☐ Ja ☐ Nein

erhöhter Alkoholkonsum?

☐ Ja ☐ Nein

Datum

Unterschrift