

Anamnesebogen

Patientendaten

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/> in <input type="text"/>		
Tel. privat	<input type="text"/>	Tel. mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichertes Mitglied?

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> mit Zahnzusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> privat bei	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Standard-Tarif <input type="checkbox"/> Basis-Tarif <input type="checkbox"/> als Student	
Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen)

Schicken Sie die Rechnung bitte an Patienten Versicherten

Versicherter	<input type="text"/>	geboren am	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>

Gesundheitsfragen

Leiden Sie an ...

Herz-, Kreislaufbeschwerden

Diabetes mellitus

Schilddrüsenerkrankungen

Lebererkrankungen

Bluterkrankungen

Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, AIDS, Hepatitis)

Erkrankungen des Nervensystems

Allergien

oder sonstigen Erkrankung?

<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente gegen

Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose

(sog. Bisphosphonate) ein bzw. haben Sie diese

in der Vergangenheit eingenommen?

Nehmen Sie andere Medikamente?

Besteht eine Schwangerschaft?

Befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?

Wann wurden Sie zum letzten mal geröntgt?

Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?

<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, welche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, in welchem Monat?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, warum	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	wenn ja, warum	<input type="text"/>

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Schwalmstadt, den

Unterschrift

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.