|  |
| --- |
| C:\Users\Praxis\Desktop\Logo_Dr_Kroemer 02 09 09.jpg **Anamnesebogen** |
| **Patient** |
| **Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Straße, Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Telefon privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **Versicherter / Zahlungspflichtiger (wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind)**  |
| **Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Straße, Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PLZ; Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Beruf des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **Name Krankenkasse oder Versicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **O** | **Ich bin nicht versichert** |  **O** | **Ich bin mit Basistarif versichert (betrifft nur Privatversicherte)** |
| **Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  https://t4.ftcdn.net/jpg/00/62/06/49/500_F_62064902_QBgJBq29nBO3eaKP0jY1P0K61WDLs5S8.jpg**Uns würde noch interessieren** |
| **Sind Sie an einer Prophylaxe / Zahnreinigung interessiert? Von vielen Krankenkassen wird dies bezuschusst.** |
| **O** | **JA** | **O** | **Nein** |
|  |
| **Wie wollen Sie an ihren Vorsorgetermin erinnert werden?** **Bitte wenden** |
| **O** | **telefonisch** | **O** | **schriftlich** | **O** | **Email** |  | Email |

|  |
| --- |
| **Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?** |
|  | **Ja** | **Nein** |  | **Ja** | **Nein** |
| Zuckerkrankheit | **O** | **O** | Tuberkulose | **O** | **O** |
| Rheuma | **O** | **O** | Leberkrankheiten | **O** | **O** |
| Bluterkrankungen | **O** | **O** | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | **O** | **O** |
| Blutgerinnungsstörungen | **O** | **O** | Anfallsleiden (Epilepsie) | **O** | **O** |
| HIV-Infektion | **O** | **O** | Schilddrüsenerkrankungen | **O** | **O** |
| Herzinfarkt | **O** | **O** | Schlaganfall | **O** | **O** |
| Lähmungen | **O** | **O** | **Haben Sie eine Pflegestufe ?** |  **O** |  **O** |
|  ggf. seit wann? ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?** |
| Welches Medikament? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Aktueller INR-Wert? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | **O** | **O** |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | **O** | **O** |
| Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Haben Sie allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten auf Medikamente bzw. Materialien** | **O** | **O** |  |
| Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Sonstige Gesundheitsfragen** |
| Wie hoch ist Ihr Blutdruck? | **O** | **niedrig** | **O**  | **normal** | **O** | **hoch** |
| Besteht eine Schwangerschaft? | **O** | **Ja** | **O** | **Nein** | **O** | **ungewiss** |
| Wenn ja, welche Woche? **\_\_\_\_\_\_ Woche** |
| Sonstige Angaben / Operationen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Gleich haben Sie es geschafft!!!** | Quellbild anzeigen |
| Rauchen Sie? | **O** | **JA** | **O** | **Nein** |
| Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? **\_\_\_\_\_\_ Stück pro Tag** |
| Wer ist Ihr Hausarzt?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wer war Ihr letzter Zahnarzt? (nur für Neupatienten) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Müssen wir bei der Behandlung auf Besonderheiten achten? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Vielen Dank für Ihre Mithilfe** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Datum / Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten |