



## Anmeldebogen mit Anamnese

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Herz/ Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- oder \_\_\_\_\_

### Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- oder \_\_\_\_\_

### Blut:

- Gerinnungsstörungen  Muskelerkrankungen  
     auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung  
bzw. nach leichter Berührung
- oder \_\_\_\_\_

### Leber:

- Fettleber
- Gallensteine
- Leberzirrhose
- Hepatitis  A  B  C
- Gelbsucht
- oder \_\_\_\_\_

## [x] Ja

Datum: \_\_\_\_\_

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter  
des öffentlichen Dienstes?   
pflichtversichert:

### Atemwege/ Lunge:

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- Schnarchen Sie?
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe  
     oder \_\_\_\_\_

### Augen:

- Grüner Star /  Grauer Star
- Blindheit
- starke Einschränkung der Sehkraft
- oder \_\_\_\_\_

### Skelettsystem/ Knochen:

- Fibromyalgie
- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- künstliche Gelenke
- oder \_\_\_\_\_
- schmerzhafte Verspannungen im  
Nacken-/Schulterbereich
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie  
zurzeit mit Bisphosphonaten oder Denosumab  
behandelt (Infusionen, Tabletten)?  
Wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

### Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit  
    Diabetes mellitus  Typ I oder  TypII
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- oder \_\_\_\_\_

**Magen/ Darm:**

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

**Allergien, z.B.:**

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)
- Metalle
- oder \_\_\_\_\_
- Allergiepass vorhanden

**Regelmäßige Medikamente:**

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- "Antibabypille"
- Antidiabetika
- oder \_\_\_\_\_

**[ ] ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei**

- Spritzen, welche \_\_\_\_\_
- Medikamenten, welche \_\_\_\_\_
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnspange in der Vergangenheit
- häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Zahnverluste durch Zahnlockerung
- Mundgeruch
- wurzelbehandelte Zähne
- "Parodontose"-Behandlung durchgeführt  
wann \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? und was übernimmt diese?

\_\_\_\_\_

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse): \_\_\_\_\_

Was ist Ihr besonderes Anliegen? \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand und ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

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

Datum: \_\_\_\_\_

**Nerven/ Gemüt:**

- Leiden Sie unter Migräne?
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- oder \_\_\_\_\_

**Immunschwäche:**

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- oder \_\_\_\_\_

**Andere chronische Erkrankungen/ Behinderungen:**

- Tumorerkrankungen \_\_\_\_\_
- Infektionen \_\_\_\_\_

**[ ] ständige ärztliche Behandlung**

weshalb \_\_\_\_\_

**letzte zahnärztliche Untersuchung**

wann \_\_\_\_\_

**[ ] Antibiotika in den letzten 3 Monaten****Weitere Angaben:**

- Sind Sie schwanger?**  
welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?**  
wie viele durchschnittlich pro Tag? \_\_\_\_\_
- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?  
Vor wie viel Monaten/ Jahren? \_\_\_\_\_
- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?
- Regelmäßig? Wie viel? \_\_\_\_\_

**[ ] Gerinnungshemmende Medikamente**

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.

- ASS
- Aspirin
- Marcumar
- oder \_\_\_\_\_