



ZAHNÄRZTE AM BREIDENPLATZ

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ, Ort	
Telefonnummer	Mobil	
Emailadresse	Beruf, Arbeitgeber	
Krankenkasse		ggf. Name, Vorname, Geburtsdatum Versicherungsnehmer
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Vollversicherung	
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	
<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Basistarif	
Name und Anschrift Hausarzt		
Haben Sie Allergien? <input type="checkbox"/> ja, gegen: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, was und wieviel pro Tag? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wieviel pro Tag? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche (ggf. Medikamentenliste)? _____		
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Blutdruck zu hoch	<input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz)	
<input type="checkbox"/> Blutdruck zu tief	<input type="checkbox"/> unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	
<input type="checkbox"/> Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle	
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wenn ja wann? _____	
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Hepatitis (Leberentzündung) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C wann? _____		
<input type="checkbox"/> HIV positiv		
<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger? Wenn Ja, welche Woche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? _____		
Möchten Sie an Ihre nächste Vorsorge erinnert werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie haben Sie von uns erfahren?		
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und spätere Änderungen umgehend mitzuteilen:

Düsseldorf, den _____

Unterschrift Patient

Hinweis: Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.