



Patienten-Aufnahmebogen

Patient

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich:
Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Tel.Nr.: _____ Mobil: _____
Krankenkasse: _____ e-Mail: _____
Privat: Privat-Basistarif:
gesetzlich pflichtversichert: gesetzlich freiwillig versichert:
Beihilfe: Ja: Nein:
Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Versicherter

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ männlich: weiblich:
Straße, Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Anamnese

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben:

Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	niedriger/hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
HIV (AIDS)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose (TBC)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes (Zucker)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Asthma, Atemnot	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen/Bluter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie/ Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumore	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Neigen Sie zu Nachblutungen/blauen Flecken? ja nein

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Wenn Ja wie viele pro Tag? ja nein Anzahl _____

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss

Name des Hausarztes: _____

Name des Hauszahnarztes: _____

Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen? ja nein

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch? _____

Die Praxis wurde mir empfohlen von: _____

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Datum _____

Unterschrift _____