

Prof. Dr. Jöhren

Dr. Gloger

Dr. Späth

Dr. Siering

Dr. Lindner

Anamnesebogen

Patient Herr/Frau	Name _____	Vorname _____	geb. _____
Mitglied/Versicherter	Name _____	Vorname _____	geb. _____
Anschrift	Straße/Nr. _____		PLZ/Ort _____
	Telefon _____	Mobil _____	Email _____

Beruf/Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____	beihilfeberechtigt ☐	freiwillig versichert ☐
privat zusatzversichert ☐	Standardtarif versichert ☐	keine Versicherung ☐

Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung ☐ Internet ☐ Telefonbuch ☐

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Herz-, Kreislauf-, Gefäß Erkrankungen?	☐	☐
Ist ein Herzschrittmacher implantiert?	☐	☐
Asthma?	☐	☐
Bluterkrankungen (z.B. abnorme Blutungsneigung)?	☐	☐
Welche? _____		
Diabetes?	☐	☐
Augenerkrankungen?	☐	☐
Schilddrüsenleiden?	☐	☐
Allergien?	☐	☐
Welche? _____		
Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Tuberkulose, HIV, Aids)?	☐	☐
Welche? _____		
Autoimmunerkrankung (z.B. Rheuma)?	☐	☐
Welche? _____		
Innere Organe (z.B. Leber, Niere)?	☐	☐
Welche? _____		
Nervleiden (z.B. Depressionen, Epilepsie)?	☐	☐
Welche? _____		
Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?		
Welche? _____		

Allgemeine Situation

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
Konsumgewohnheiten (z.B. Rauchen, Alkohol, sonstige Drogen)?	☐	☐
Welche? _____		
Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesicht/Nackenbereich?	☐	☐
Sind Sie häufig nervös oder stressanfällig?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Welche? _____		

Überempfindlichkeitsreaktionen/Unverträglichkeiten gegen bestimmte Medikamente?	☐	☐
Welche? _____		

Sind Sie pflegebedürftig?	☐	☐
Welcher Pflegegrad? _____		
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	☐	☐
Wenn ja, machen Sie bitte einen Strich auf der Skala:		
wenig _____ viel		

Bitte teilen Sie uns jede Änderung des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahme und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

 Datum + Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter