



Prof. Dr. Jöhren

Dr. Gloger

Dr. Späth

Dr. Siering

Anamnesebogen

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ Email _____

Beruf/Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ gesetzlich versichert 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-, Gefäßerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Herzschrittmacher implantiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen (z.B. abnorme Blutungsneigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Tuberkulose, HIV, Aids)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Autoimmunerkrankung (z.B. Rheuma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Innere Organe (z.B. Leber, Niere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Nervleiden (z.B. Depressionen, Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?

Welche? _____

Allgemeine Situation

	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumgewohnheiten (z.B. Rauchen, Alkohol, sonstige Drogen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesicht/Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie häufig nervös oder stressanfällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Überempfindlichkeitsreaktionen/Unverträglichkeiten gegen bestimmte Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Sind Sie pflegebedürftig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcher Pflegegrad? _____		
Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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