

# Anamnesebogen

Liebe Patienten, für Ihre Behandlung benötige ich folgende Angaben, welche selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen:

## Persönliches:

Name/Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Straße, Nr.: ..... PLZ, Ort: .....  
Kassennummer: ..... Versichertennummer: .....  
Krankenkasse/private Krankenversicherung: .....  
gesetzlich versichert  privat versichert  Zusatzversicherung   
beihilfeberechtigt  Status: .....  
E-Mail: .....  
Tel. privat/mobil/geschäftlich: .....  
Arbeitgeber/Ort: .....

## Anamnese:

### Leiden Sie an:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislaufbeschwerden                        | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung                                 |
| <input type="checkbox"/> Allergie Asthma / Heuschnupfen / Latex                | <input type="checkbox"/> Arzneimittel-Überempfindlichkeit (Penicillin)    |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit TBC, Gelbsucht etc.               | <input type="checkbox"/> Blutkrankheit, Blutungsneigung?                  |
| <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankheit | <input type="checkbox"/> Sonstige: .....                                  |

	Ja	Nein
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Befanden Sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt: .....		
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice zur Gesundheitsvorsorge teilzunehmen (RECALL-Service).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechige Sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evt. Praxiskollegen zu übergeben.

Datum: ..... Unterschrift: .....



Zahngesundheit für die ganze Familie

Dr. med. Bernd Lux • Zahnarztpraxis im Zerbster Zentrum

Alte Brücke 10  
39261 Zerbst/Anhalt

Tel.: 03923/36 26  
Fax: 03923/48 77 85

info@dr-lux-zahnarzt-zerbst.de  
www.dr-lux-zahnarzt-zerbst.de