



# Anamnesebogen

_____ Nachname und Vorname (Patient)	_____ Geburtsdatum
_____ Strasse, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort
_____ Versicherter (bei Familienversicherung)	_____ Geburtsdatum
_____ Strasse, Hausnummer	_____ PLZ, Ort
_____ Telefon	_____ Krankenkasse oder priv. Krankenversicherung
_____ Arbeitgeber/ Beruf	_____ Zusatzversicherung (nur bei Kassenpatienten)

\_\_\_\_\_  
Hausarzt, Name, Adresse, Telefon

Empfohlen durch Herrn/Frau

## Allgemeine Angaben

Schwangerschaft  
(nur bei Frauen)      Nein            Ja     

## Erkrankungen

wenn ja, welche

Allergie	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislaufkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Magen- Darmerkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck/ Blutgerinnungsstörung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen/ Infektionskrankheiten					
(HEP A, B o. C, TBC, AIDS, HIV+)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit (Insulinpf.?)	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologische Erkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankung	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Zahnfleischbluten	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
sonstige Erkrankungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____
Wurden bei Ihnen bereits Röntgenbilder angefertigt?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	_____

Sehr geehrte Patienten!

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die unbenutzte, für Sie reservierte Zeit in Rechnung gestellt werden können (30,-€ je ½ Stunde, gem. §§ 304 u. 615 BGB).

Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Für gesetzlich versicherte Patienten wichtig: Wird die Krankenversichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlung vorgelegt, erfolgt eine Privatrechnung (§15 GRG).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit meiner Angaben. Ich werde Sie umgehend über auftretende Änderungen (Gesundheitszustand, Adresse, Versicherungsstatus...) informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient, Erziehungsberechtigter