



# Anamnesebogen – Überweiserpatienten

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name

Vorname

Geburtsdatum

## Bei Familienversicherten- Angaben des Versicherten

Name

Vorname

Geburtsdatum

## Anschrift

Straße

PLZ

Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Telefon Arbeit

## Krankenkasse/ ggf. private Zusatzversicherung

## Hauszahnarzt / behandelnder Zahnarzt

Name

## Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	nein		ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche:

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung Cortison: \_\_\_\_\_

Rheumatische Krankheiten Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Antidepressiva: \_\_\_\_\_

blutverdünnende Medikamente: z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Falithrom, Xarelto, Pradaxa, Duoplavin, Clopidogrel): \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

	Ja	nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche Woche: _____

Ort

Datum

Unterschrift