

Anamnese

Patient

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Nachname:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße &
Hausnummer
: Postleitzahl
& Ort:
Handynumm
er:
E-Mail:

Versicherter (Falls abweichend vom Patienten)

Nachname:

Straße & Hausnummer: Postleitzahl & Ort:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherung

☐ Beihilfeberechtigt Zusatzversicherung:

Basistarif

Name der Versicherung:

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat

☐

☐ versichert Gesetzlich pflichtversichert
Gesetzlich freiwillig versichert

Haben Sie ein Bonusheft?

☐ Ja ☐ Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in unserer Praxis und haben einen Anamnesebogen ausgefüllt?

☐ Ja ☐ Nein

Anlass Ihres Praxisbesuches

☐ Routinekontrolle ☐ Aligner-Beratung ☐ Professionelle Zahnreinigung (PZR) ☐ Zahnschmerzen
☐ Bleaching / Zahnaufhellung ☐

Sonstige Gründe:

Allgemeine Anamnese

Gibt es Erkrankungen, die Sie uns mitteilen müssen?

☐ Ja ☐ Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

☐ Ja ☐ Nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege / Asthma

☐ Ja ☐ Nein

Nervenerkrankungen

☐ Ja ☐ Nein

Epilepsie

☐ Ja ☒ Nein

Nierenerkrankung

☐ Ja ☒ Nein

Lebererkrankung

☒ Ja ☐ Nein

Magen-Darm-Erkrankung

☒ Ja ☐ Nein

Tumorerkrankung / Chemotherapie

☒ Ja ☐ Nein

Grüner Star (Glaukom)

☒ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankung

☐ Ja ☐ Nein

Sonstige ☐ Ja ☐ Nein
Welche?

Infektionskrankheiten

Haben oder hatten Sie eine Infektionskrankheit? ☐ Ja ☐ Nein

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nein

HIV-Infektion, AIDS ☐ Ja ☐ Nein

Tuberkulose ☐ Ja ☐ Nein

Krankenhauskeime (z.B. MRSA) ☐ Ja ☐ Nein

Creutzfeldt-Jakob (CJK) Varianten ☐ Ja ☐ Nein

Sonstiges ☐ Ja ☐ Nein
Was?

Weitere gesundheitliche Angaben

Nehmen Sie Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Blutdruckmedikamente ☐ Ja ☐ Nein
Welche? Herzmedikamente

Welche? Schmerzmittel ☐ Ja ☐ Nein
Welche? Antidepressiva

Welche? Bisphosphonate ☐ Ja ☐ Nein
Welche? Sonstige Welche? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Weitere gesundheitliche Angaben

Sind Sie alkohol- oder
drogenabhängig? Welche
Substanzen?

Rauchen Sie?
Wie viele Zigaretten
am Tag? Seit wann?

Sind Sie
schwan
ger? In
welche

m

Monat?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher
Behandlung?

Behandelnder Arzt:

Zu welchem Thema haben Sie
noch Fragen?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

☐ Ja ☐ Nein

Ja Nein

Nelly Praxis GmbH
Chausseestraße 29, 10115 Berlin
+4930917337911
info@nelly-solutions.com

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Sonstiges: ☐

Website
Facebook

Anzeigen / Zeitungen / Magazine
Bewertungsportale

Ort, Datum:

Unterschrift: