

Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie diese Fragen gewissenhaft – Sie helfen uns damit, die Ursachen für Ihre gesundheitlichen Probleme schneller zu finden.

Patient: Herr Frau Kind

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherter/ Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Tel. Privat _____ Tel. Arbeit _____ Tel. Mobil _____

E-Mail: _____

Beruf + Arbeitgeber _____

Krankenkasse / Krankenversicherung: _____

Zusatzversicherung (bei gesetzlich versicherten): _____

Privat Privat (Basistarifvertrag) Beihilfe Selbstzahler gesetzlich freiwillig privat versichert

Gesundheitsfragen

Anliegen: Warum suchen Sie uns auf? _____

Besteht eine medizinische Grunderkrankung (Herzrhythmusstörung, Diabetes, Allergien o.Ä.)? Ja Nein

Akute medizinische Beschwerden (Erkrankungen, Prothesen): Wo und seit wann? Ja Nein

Akute zahnmedizinische Beschwerden: Wo und seit wann? Ja Nein

Zahnärztliche Behandlungen in den letzten 3 Jahren? Welche? Ja Nein

Würden Sie sich als Angstpatienten einstufen? Ja Nein

Gibt es etwas, das Ihnen bei Ihrer Behandlung oder in Bezug auf die Abrechnung besonders wichtig ist? Ja: Nein

Gesundheitsfragen

Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen seelisch-emotionalen Schock erlitten? Ja Nein

Für Frauen: sind Sie schwanger und wenn ja, Ja Nein

In welchem Monat? _____

Ernährungsfragen

Nehmen Sie Zucker und zuckerhaltige Getränke zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel? Ja Nein

Nehmen Sie Milchprodukte zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel? Ja Nein

Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte? Ja Nein

Essen Sie Fleisch oder Wurst? Wenn ja, welche und wie viel? Ja Nein

Essen Sie Fisch? Wenn ja, welchen und wie oft / wie viel? Ja Nein

Lifestyle-Fragen

Rauchen Sie? Wenn ja, wie oft / wie viel? Ja Nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welche Produkte und wie oft / wie viel? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit digitalen Medien (TV, Computer, Smartphone, Tablet) im Durchschnitt? _____

Telefonieren Sie mit dem Smartphone am Ohr? Wenn ja, wie viele Minuten täglich? Ja Nein

Lifestyle-Fragen

Haben Sie W-Lan-Empfang von umliegenden Gebäuden oder Wohnungen?

Ja Nein

Treiben Sie Sport und wenn ja, welche Sportart und wie oft / wie viel?

Ja Nein

Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt pro Nacht?

Wie viel % der Wachzeit würden Sie sich als gestresst bezeichnen?

Wichtige Informationen

- Mit einer Benachrichtigung, Terminerinnerung und sonstiger Informationen bin ich einverstanden.

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch Kostenträger.

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

- Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Stundensatz (nach §615 BGB) von € 200,- in Rechnung gestellt werden müssen.

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____