



ZAHNARZTPRAXIS  
PHILIPP SCHIEFER  
FREIBURGER STRASSE 6  
79674 TODTNAU

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Patient: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

Ehegatte/-in  Mutter/Vater

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort  
\_\_\_\_\_  
Tel.Nr. oder (Tel. Arbeitsstelle)

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Name

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  privat  gesetzlich  
Name versichert

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

**HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN**

**Medikamente**

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzklappenerkrankung/-defekt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Endokarditis-Prophylaxe	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**INFEKTIONSERKRANKUNGEN**

**Medikamente**

HIV	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Hepatitis A, B oder C	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Tuberkulose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
sonstige	_____		

**ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN**

Lokalanästhetika	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Schmerzmittel	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Antibiotika	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
sonstige	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**WEITERE ERKRANKUNGEN**

**Medikamente**

Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Epilepsie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Nierenfunktionsstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

Ohnmachtsneigung ja  nein  \_\_\_\_\_  
Grüner Star ja  nein  \_\_\_\_\_  
Nasen- Nebenhöhlenerkrankung ja  nein  \_\_\_\_\_

sonstige \_\_\_\_\_

### **MEDIKAMENTE**

Regelmäßige Medikamente ja  nein  \_\_\_\_\_  
wenn ja, seit wann

\_\_\_\_\_  
Medikamentenname

Gerinnungshemmer z.B. ASS, Marcumar ja  nein

Bisphosphonate z.B. bei Osteoporose ja  nein

sonstige \_\_\_\_\_

### **ALLGEMEINE ANGABEN**

Alkoholgenuss ja  nein  \_\_\_\_\_  
wenn ja, selten, oft, regelmäßig

Raucher ja  nein

Frühere Röntgenuntersuchung ja  nein  \_\_\_\_\_  
wenn ja, Datum

Schwangerschaft ja  nein  \_\_\_\_\_  
wenn ja, welcher Monat

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

### **WICHTIGE INFORMATIONEN**

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.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem 1. Besuch in der Praxis im Quartal. Liegt sie uns 14 Tage nach Behandlung bzw. spätestens bei Quartalsende nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung für die Behandlung.

Todtnau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift