



ANAMNESEBOGEN

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl
		Ort
Telefon Privat	Telefon Mobil	ggf. Telefon Arbeit
Email	ggf. Kontaktdaten eines Betreuers	

Terminpräferenz

Vormittags Nachmittags
 Ganztägig und zwar an folgenden Wochentagen (Mo.-Fr.): _____

Versicherung

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Zusatzversicherung
 Privat versichert Basistarif

Pflegegrad

Haben Sie einen anerkannten Pflegegrad nach §15 SGB XI oder eine Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII?

Ja Nein wenn Ja, bitte **aktuellen** Nachweis erbringen (Ihnen stehen Zusatzleistungen zu!)

Angaben zum letzten Zahnarztbesuch

Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?	In welcher Praxis?	Ort
--------------------------------------	--------------------	-----

Gibt es Röntgenbilder (Kopf/Kiefer/Zähne) die nicht älter als 2 Jahre sind?

Ja Nein
In welcher Zahnarztpraxis/Kieferorthopäde/Mund-,Kiefer-,Gesichtschirurg?

Sie kommen auf persönliche Empfehlung? Wir würden gerne erfahren von wem?



Angaben zur Gesundheitssituation

Bitte bedenken Sie, dass Sie auch unter einer Krankheit leiden, wenn diese durch ein Medikament eingestellt ist!

Herz Ja Nein

Koronare Herzkrankheiten (Angina pectoris)

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)

Herzschrittmacher

Herzinfarkt

Herzklappenprothese

Kreislauf

Erhöhter Blutdruck

Haben Sie heute Morgen Ihr Medikament genommen?

Zu niedriger Blutdruck

Schlaganfall

Lunge

Asthma

Haben Sie Ihr Spray immer dabei? Wie viel Hübe benötigen Sie? _____

Chronische Bronchitis

Tuberkulose

Nervensystem

Epilepsie

Haben Sie Ihr Notfallmedikament immer dabei?

Depression

Stoffwechsel

Diabetes Typ I/Diabetes Typ II

Schilddrüsenüber-/unterfunktion

Osteoporose

Lebererkrankung

wenn Ja, welche? _____

Hepatitis

Krebsleiden

Wann? _____

Mit Chemotherapie und/oder Bestrahlung?

Niereninsuffizienz

Augen

Grüner Star (Glaukom)

Allergie

leiden Sie unter Allergien?

gegen Welche Stoffe/Medikamente? _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? _____

Sonstige Erkrankungen

leiden Sie unter einer hier nicht aufgeführten Erkrankung? _____

Sonstiges **Ja** **Nein**

Rauchen Sie?

Sind Sie HIV positiv?

Sind Sie Schwanger?

wenn ja, in welcher Woche? _____

CMD-Schnelltest

besitzen oder besaßen Sie schon eine Knirscherschiene?

Verspannter Nacken

Zähneknirschen

Zähne pressen

Kopfschmerzen

Bitte informieren sich uns umgehend wenn sich etwas ändert!

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ort, Datum Unterschrift