

# Anmelde- und Anamnesebogen

**Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenkasse:** ☐ Ja ☐ Nein  
**Private Zahnzusatzversicherung:** ☐ Ja ☐ Nein  
**Privatversichert:** ☐ Ja ☐ Nein  
**Beihilfeberechtigt:** ☐ Ja ☐ Nein

### Patient:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### Versicherter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

☐ ja, Sie können mir Terminvorschläge oder weitergehende Informationen auch per E-Mail schicken.

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein Krankheit? \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? ☐ Ja ☐ Nein

### Herz:

- ☐ Herzschwäche (Insuffizienz)
- ☐ Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)
- ☐ Herzinfarkt/ Schlaganfall \_\_\_\_\_ (Jahr)
- ☐ Angina Pectoris
- ☐ Herzschrittmacher/ Stent: \_\_\_\_\_ (Jahr)
- ☐ Endokarditis-Prophylaxe erforderlich (z.B. bei Herzklappenersatz)

### Stoffwechsel-/ Rheumatische Erkrankungen:

- ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes)
- ☐ Magen-Darm-Erkrankungen
- ☐ Rheuma

### Kreislaufkrankungen:

- ☐ hoher Blutdruck
- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Einnahme von Gerinnungshemmern (Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis, etc.)

### Bluterkrankungen:

- ☐ Blutungsneigung
- ☐ Blutarmut (Anämie)

### Nierenerkrankungen:

- ☐ Niereninsuffizienz
- ☐ dialysepflichtig

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

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nordhorn, den: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Infektionserkrankungen

- ☐ Leberentzündung (Hepatitis A/B/C) \_\_\_\_\_ (Jahr)
- ☐ HIV positiv
- ☐ Tuberkulose (Tbc)

### Schilddrüsenerkrankungen

- ☐ Überfunktion
- ☐ Unterfunktion

### Allergien

- ☐ Ekzeme
- ☐ Heuschnupfen/ Pollenallergie
- ☐ Penicillin-Allergie
- ☐ Ich habe einen Allergiepass

### Nervensystem

- ☐ Epilepsie

### Sonstiges

- ☐ Asthma bronchiale
- ☐ Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)

### Weitere Angaben

- ☐ Sind Sie schwanger?
- ☐ Sind Sie frisch operiert?
- ☐ Sind Sie drogen-/ alkoholabhängig?
- ☐ Raucher \_\_\_\_\_ Zigaretten/ Tag
- ☐ Osteoporose
- ☐ Bisphosphonate