



## Anamnesebogen

→ Patient/in: .....  
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

→ Versicherte/r: .....  
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

→ Anschrift: .....  
Straße und Hausnummer .....  
.....  
PLZ und Ort .....

→ Telefon: ..... / ..... / .....  
Privat ..... Arbeit ..... Mobil .....

→ E-Mail-Adresse: .....

→ Beruf: .....

→ Krankenkasse: .....

→ Versichertenstatus:  privat versichert  gesetzlich versichert  
 Basistarif  Zuzahlungsbefreit  
 Zusatzversicherung

### **Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung, bitten wir um folgende Angaben:**

→ *Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Herzens oder Kreislaufs?*  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? .....

→ *Hatten oder haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, usw.)?*  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? .....

→ *Bestehen Innere Krankheiten (Diabetes, usw.)?*  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? .....

→ *Besteht eine Allergie?*  JA  NEIN  
Wenn ja, wogegen? .....

→ *Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?*  JA  NEIN  
Wenn ja, welche? .....

→ Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?  JA  NEIN

Bei Patienten unter 18 Jahren bedarf es für Röntgenaufnahmen der schriftlichen Zustimmung durch einen Erziehungsberechtigten. Die Unterschrift erlaubt, diagnostisch benötigte Röntgenaufnahmen anzufertigen.

### **Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: .....**

Die Krankenkassen gewähren Ihnen einen erhöhten Zuschuss, wenn Sie regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (bei Kindern und Jugendlichen Individualprophylaxe) nachweisen. Wir erinnern Sie gerne halbjährlich daran.  JA  NEIN

**Bei Neu-Patienten!** Empfohlen oder überwiesen durch: .....

**Datum** ..... **Unterschrift** .....