



## IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

### Patient

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

### Anschrift

PLZ/Ort .....

Straße/Nr .....

### Versicherung/ Krankenkasse

.....

Arbeitgeber .....

### Versicherter

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

### Telefon

privat .....

tagsüber .....

Mobil-Nr. ....

E-Mail .....

Beruf .....

## ALLGEMEIN-MEDIZINISCHE-ANAMNESE

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt?  Ja  Nein

Hausarzt .....

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Hatten oder haben Sie eine der nachfolgenden Krankheiten?

Herz-Kreislauf:	<input type="radio"/> Infarkt	<input type="radio"/> Endokarditis	<input type="radio"/> Blutdruck zu hoch
	<input type="radio"/> Krämpfe	<input type="radio"/> Epileptische Anfälle	<input type="radio"/> Blutdruck zu niedrig
Stoffwechsel:	<input type="radio"/> Zucker	<input type="radio"/> Erkrankung der Schilddrüse	<input type="radio"/> Erkrankung der Bauchspeicheldrüse
Lunge und Atemwege:	<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Tuberkulose	<input type="radio"/> Bronchitis
Blutgefäße:	<input type="radio"/> Thrombose	<input type="radio"/> Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> Krampfadern <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen
Erkrankungen von:	<input type="radio"/> Leber	<input type="radio"/> Galle <input type="radio"/> Magen	<input type="radio"/> Knochen (Osteoporose)

Sonstige ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Infektionen:  Hepatitis  TBC  HIV

Haben Sie einen Allergiepass? Wenn ja, welche Allergien bestehen?  Ja  Nein

Wann wurden Sie zuletzt im Hals-Kopf-Bereich geröntgt? Vor ..... Jahren. Bei wem?.....

Liegt eine Schwangerschaft vor? Wenn ja, im wievielten Monat? Im ..... Monat.  Ja  Nein

Möchten Sie am Recallsystem (Terminerinnerung) teilnehmen?  Ja  Nein

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Zahnarzt .....

Patient .....