

# Anamnesebogen

-- Patientenangaben --

Vorname		geb. am	
Nachname			
Straße, Nr.			
PLZ Wohnort		Beruf:	
Telefon 1		Telefon 2	
email-Adresse			
Hausarzt			

## Krankenversicherung

gesetzlich versichert

privat versichert

Zusatzversicherung

bei \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
 Name Krankenversicherung Name Zusatzversicherung

## Was führt Sie zu uns ?

Ich habe aktuell keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen bei Ihnen.

Ich habe Beschwerden seit: \_\_\_\_\_

akut

Wo haben Sie Beschwerden / Schmerzen:

chronisch

\_\_\_\_\_

schubweise

\_\_\_\_\_

in Ruhe

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden / Schmerzen:

bei Belastung

\_\_\_\_\_

nach Belastung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden?

ja  nein

wenn ja, welcher: Sturz  Autounfall  Stress

anderer Grund  \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:**  ja  nein (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüse):

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Operationen:**  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente** regelmäßig ein:  ja  nein

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_

Antibiotika (wann letztmalig): \_\_\_\_\_

Blutdruckmed.: \_\_\_\_\_

Cholesterinsenker.: \_\_\_\_\_

Anderer Med.: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben:**

Schlafen Sie nachts durch?  ja  nein

Wie häufig werden Sie wach? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Einlagen:  ja  nein

Sind Kieferbeschwerden bekannt:  ja  nein

Sonstige Einschränkungen / Besonderheiten:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift