

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Versicherte(r)
Name, Vorname des Versicherten		geb.am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr. 179999900	Arzt-Nr.	Datum	

Behandlungseinrichtung Praxis Fr. Maria Wiedemann	Beh.-ID
Augsburger Str. 10 86441 Zusmarshausen	
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt: Fr. Maria Wiedemann	Arzt-ID 1

### ■ Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = Ja

N = Nein

## Dokumentation zum Patientengespräch: Allgemeinanamnese

Könnten Sie schwanger sein?  J  N  
Stillen Sie?  J  N

### Tabakkonsum

Rauchen Sie?  J  N  
Wenn ja, wieviel?

### Behandlung

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion  J  N  
(z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)?  
Befanden Sie sich in letzter Zeit in  J  N  
ärztlicher Behandlung?  
Wenn ja, weswegen?

### Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate bei  J  N  
Krebserkrankung oder Osteoporose?  
Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit  J  N  
Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-,  
Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende  
Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®,  
Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika,  J  N  
frei käufliche Präparate)?  
Wenn ja, welche und wieviel pro Tag?

### Allergien

Leiden Sie an Allergien?  J  N  
Wenn ja, an welchen?

### Hausarzt

Bei welchem Hausarzt sind Sie in Behandlung?

### Für Frauen

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)?  J  N

(weiter in rechter Spalte)

Leiden Sie an Asthma?  J  N

(weiter auf nächster Seite)

# Allgemeinanamnese

## Herz-/Kreislaufkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Herz-/Kreislaufkrankungen:

- Herzschwäche (Herzinsuffizienz)?  J  N
- Herzfehler?  J  N
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?  J  N
- Angina pectoris (Brustschmerzen)?  J  N
- Herzinfarkt?  J  N
- Herzmuskelentzündung?  J  N
- Durchblutungsstörungen?  J  N
- Erhöhter / erniedrigter Blutdruck?  J  N
- Krampfadern (Varizen)?  J  N
- Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)?  J  N
- Andere?

## Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Gerinnungsstörungen:

- Entstehen blaue Flecken / Nasenbluten?  J  N
- Blutarmut (Anämie)?  J  N

## Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer

- Krebserkrankung?  J  N
- Wenn ja, an welcher?

## Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Infektionskrankheiten:

- Hepatitis?  J  N
- Tuberkulose (Tbc)?  J  N
- HIV-positiv (AIDS)?  J  N
- Andere?

## Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Schilddrüsenerkrankungen:

- Schilddrüsenvergrößerung / Kropf?  J  N
- Schilddrüsen-Über- / Unterfunktion?  J  N

## Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes mellitus?  J  N
- Gicht / Porphyrie?  J  N
- Osteoporose?  J  N

## Röntgen

Wann wurden Sie im Kopfbereich zum letzten Mal geröntgt?

(weiter in rechter Spalte)

## Füllungen

Wir sind eine Amalgamfreie Praxis und verwenden für Füllungen kein Amalgam.

Welche Art von Füllungen wünschen Sie?

- Kassenfüllung (zementartige Füllung als Alternative zur Amalgamfüllung)
- hochwertige, zahnfarbige Kunststofffüllung mit Zuzahlung
- vor einer Festlegung möchte ich mich gerne beraten lassen

## Professionelle Zahnreinigung

Sind Sie an einer unverbindlichen Beratung interessiert?  J  N

Unser Team klärt Sie gerne auf.

## Recall

Wünschen Sie, dass wir Sie einmal im Jahr daran erinnern, einen Termin für die Vorsorge zu vereinbaren?  J  N

Wenn Ja:

- per Post
- per E-Mail

## Aufmerksamkeit

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung
- Zeitschrift
- Sonstiges

## Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.