



## ANAMNESEBOGEN

Praxis Dr. Yüksel & Kollegen, Frankfurt /M. Tel: 069/7432426

**Vorname Name Patient:** \_\_\_\_\_ **Name Versicherter:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_, **Beruf:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_ Besteht eine private Zusatzversicherung/sind Sie beihilfeberechtigt? JA / NEIN

**Wer ist Ihr Zahnarzt?** \_\_\_\_\_ **Wer ist Ihr Hausarzt?** \_\_\_\_\_

Wurden Sie zu uns überwiesen? ja / nein Von : \_\_\_\_\_

Werden Sie zurzeit ärztlich behandelt? \_\_\_\_\_

Wegen welcher **Krankheiten?** \_\_\_\_\_ Bitte aufschreiben!

Nehmen Sie aktuell **Medikamente** ein? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche? Bitte aufschreiben! \_\_\_\_\_

**Bestehen Überempfindlichkeiten oder Allergien (z.B. gegenüber Medikamenten)?**

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS oder ähnliches)? Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an:** Herzerkrankungen? Kreislaufbeschwerden?  
Atembeschwerden? Bluthochdruck? Schilddrüsenerkrankung? Zuckerkrankheit  
(Diabetes)? Allgemeine Krämpfe (Epilepsie)? Blutungsneigung (z.B. bei Zahnentfernungen,  
Verletzungen oder Operationen)? Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC):

Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an einen Praxismachfolger zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben mit meiner Unterschrift.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_