



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: _____