

# ANAMNESEBOGEN

DR. RAJKO LIPPERT DR. LAURA REUTTER ZÄ GESINE MELKE DR. ANDREA APRO

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Telefonnummer: Festnetz:  
Mobil:  
E-Mail:

Adresse: Zahnzusatzversicherung: ja  nein

Beihilfe: ja  nein

Pflegegrad:

Ist bei Ihnen in den letzten Tagen getestet worden, ob Sie mit dem  
Coronavirus infiziert sind? Ja  nein

Weiblich  Männlich   
Körpergröße cm  
Körpergewicht kg

Zutreffendes bitte ankreuzen:

## Herz-Kreislaufkrankungen

- Bluthochdruck
- Herzklappenfehler/-ersatz
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Herzoperationen
- Herzinfarkt (wann.....)
- Schlaganfall (wann.....)
- Thromboseneigung

Blutgerinnungsstörung

**Rheumatische Erkrankungen**

## Infektionskrankheiten

- HIV/AIDS
- Hepatitis /Gelbsucht A B C D E
- Tuberkulose /TBC
- Andere ?

**Krebs/Tumore**

## Sonstige Erkrankungen:

- Neurologische Erkrankungen
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Lungenerkrankung (Atemnot/Asthma/...)

WELCHE  
MEDIKAMENTE  
NEHMEN SIE ?

KRANKENHAUS-  
AUFENTHALTE

HINWEIS LT. §5  
TELEMEDIENGESETZ:  
PERSONENBEZOGENE  
DATEN WIE NAME,  
POSTANSCHRIFT, E-MAIL  
ADRESSE,  
TELEFONNUMMER ODER  
DAS GEBURTSDATUM  
WERDEN AUSSCHLIESSLICH  
IN ÜBEREINSTIMMUNG MIT  
DEM JEWEILS GELTENDEN  
DATENSCHUTZRECHT  
ERHOBEN UND GENUTZT.

DESWEITEREN WERDEN  
RÖNTGENBILDER NUR  
WENN NOTWENDIG UND  
MIT IHRER ZUSTIMMUNG  
VERSENDET.

Bitte wenden! ↗

**Operationen im Kopf-/Halsbereich**   
Weshalb und wann

**Augenerkrankungen** (Glaukom?)

Zuckerkrankheit/ Diabetes

Osteoporose

Schilddrüsenerkrankungen

Immun-Erkrankungen

Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen

**Andere, hier ungenannte Krankheiten?**

**Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf:**

Betäubungsspritzen

Antibiotika

Schmerzmittel

Latex

Andere

Allergiepass vorhanden ?

**Besteht eine Schwangerschaft?**

Drogen- oder Alkoholabhängigkeit

Raucher (tägliche Zigarettenanzahl)

**Hausarzt** (Name und Telefon)

Kieferorthopädische Behandlung

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?

weniger als 1 x tägl.  1 x tägl.  2 x tägl.  mehr als 2 x tägl.

Haben Sie regelmäßig Zahnfleischbluten?

Hatten Sie schon mal eine Parodontalbehandlung / Zahnfleischbehandlung?

**Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand und/oder Ihre Adresse ändern!**

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice in Anspruch nehmen:  per Post   
 per email

**Sie werden gebeten, die vereinbarten Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag vorher abzusagen. Wir weisen darauf hin, dass nicht eingehaltene Termine in Rechnung gestellt werden können (Ausfallgebühr).**

**Wichtiger Hinweis:**

**Durch Injektionen (Spritzen) kann die normale Reaktionsfähigkeit herabgesetzt werden. Um Fehlverhalten im Straßenverkehr zu vermeiden, dürfen Sie so lange die Betäubung anhält, nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.**

Datum:

Unterschrift: