

Anamnesebogen

1. Persönliche Daten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

2. Allgemeiner Gesundheitszustand

Bestehen Erkrankungen? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | | | |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Sonstige | | |

Weitere Angaben

3. Medikamente & Allergien

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente?

Allergien / Unverträglichkeiten

4. Zahnärztliche Angaben

Letzter Zahnarztbesuch

Haben Sie Zahnarztangst?

☐ ja ☐ nein

Aktuelle Beschwerden

5. Datenschutz & Einwilligung

☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und willige in die Datenverarbeitung ein.