



## Anmeldebogen mit Anamnese

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber / Ort \_\_\_\_\_

Telefon Arbeitsplatz \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Pflichtversichert?  nein  ja

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?  ja  nein

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

### Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hausarzt/Facharzt/Heilpraktiker

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_



## Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja

nein

## Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)?

ja

nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?

ja

nein

Herzasthma, Angina Pectoris?

ja

nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?

ja

nein

Sonstiges? 

---

## Kreislaufferkrankungen

Zu hoher Blutdruck?

ja

nein

Zu niedriger Blutdruck?

ja

nein

Zustand nach Herzinfarkt?

ja

nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende  
Medikamente ein?

ja

nein

Sonstiges? 

---

## Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle?

ja

nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

ja

nein

Sonstiges? 

---

## Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetis)?

ja

nein

Magen- Darmerkrankungen?

ja

nein

Schilddrüsenkrankheit?

Sonstiges? 

---

## Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle?

ja

nein

Krämpfe?

ja

nein

Sonstiges? 

---



### Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?  ja  nein

Tuberkulose?  ja  nein

Chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, Husten)  ja  nein

HIV/AIDS?  ja  nein

Sonstiges? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen der Wirbelsäule?**  ja  nein

### Röntgen

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf Kiefer - Zahnbereich angefertigt?  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

### Schwangerschaft

Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

### Sonstige Besonderheiten

---

---

---

---