

**Personalien**

Patient \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_ Geb.-Ort \_\_\_\_\_  
 Versicher.nehmer \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_

**\*freiwillige Angaben**

Arbeitgeber\* \_\_\_\_\_ Tel\*.: \_\_\_\_\_  
 E-mail\* \_\_\_\_\_

**Allgemeinärztliche Anamnese**

	ja	nein	
Neigen Sie zur Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- o. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien / Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____

**Infektionskrankheiten**

Tuberkulose / MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____
Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja welche _____

**Für Patientinnen**

Sind Sie schwanger  Wenn ja wievielte Woche \_\_\_\_\_

**falls Zahnersatz vorhanden geben Sie uns bitte das Jahr der Anfertigung an.**

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

Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Zur Information**

**nicht abgesagte ( versäumte ) Termine werden von uns mit 100€ je Behandlungsstunde privat in Rechnung gestellt.**

Hiermit bestätige ich, dass ich die Information zur Kenntnis genommen habe.

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Dieser Fragebogen wird in Ihrer Patientenakte eingescannt und digitalisiert.**

**Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie dazu Ihre Zustimmung.**