



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Sicherstellung einer komplikationslosen Behandlung in unserer Praxis ist es nötig, dass wir ihren momentanen Gesundheitszustand erfragen. Hierzu gehören Fragen zu akuten und chronischen Erkrankungen und von Medikamenten die Sie dauerhaft oder auch sporadisch einnehmen. Diese Daten unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Patient	_____	_____
	Vor- & Nachname	Geburtsdatum
Versicherter/ Mitglied	_____	_____
	Vor- & Nachname	Geburtsdatum
Adresse	_____	_____
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Kontakt	_____	_____
	Telefon	E-mail Adresse
Beruf	_____	

ANGABEN ZU IHRER VERSICHERUNG

Privat

- Beihilfeberechtigt
- Es besteht ein Spezialtarif

Gesetzlich

- Zahnzusatzversicherung
- Freiwillig versichert

LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN

JA

NEIN

Herz-/ Kreislaufsystem (z.B. Bluthochdruck)

Blutgerinnungsstörungen

Anfallsleiden (Epilepsie)

Lungenerkrankungen (z.B. Asthma bronchiale)

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit)

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.

VOLKER GASSLING

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Plastische Operationen | Ästhetische Gesichtschirurgie

Nierenerkrankungen

Rheuma

Schilddrüsenerkrankungen

Infektionserkrankungen (z.B. AIDS, Tuberkulose, MRSA)

Nervensystem

Drogenabhängigkeit

Allergien

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sind Sie schwanger?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Nürnberg, den _____

Unterschrift: _____