

## Anmeldungsformular und ärztliche Anamnese

Vor-/Nachname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Geschlecht M W Alter \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Schule \_\_\_\_\_ Beschäftigung \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Schule \_\_\_\_\_ Arbeitgeber/Schule \_\_\_\_\_  
Adresse Telefonnummer

Ehepartner/Eltern \_\_\_\_\_  
Name

Verständigung bei Notfall \_\_\_\_\_

Wer hat Sie überwiesen \_\_\_\_\_

### Ärztliche Anamnese

Hausarzt \_\_\_\_\_ Datum der letzte Besuch \_\_\_\_\_

Wurden Sie jemals operiert \_\_\_ Nein \_\_\_ Ja Gab es Probleme? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine der folgende Krankheiten:

Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	blaue Flecken	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenstörung	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Sonstige Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine Allergie oder Überempfindlichkeit (z.B. gegen Medikamente, Anästhesie)? \_\_\_ Nein \_\_\_ Ja

Wenn „Ja“ welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwann negativ gegen eine Ärztliche- oder Zahnbehandlung reagiert? \_\_\_ Nein \_\_\_ Ja

Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungspräparate? \_\_\_ Nein \_\_\_ Ja

Wenn „Ja“ welche? \_\_\_\_\_

Könnten Sie schwanger sein? \_\_\_ Nein \_\_\_ Ja

Rauchen Sie? \_\_\_ Nein \_\_\_ Ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? \_\_\_ Nein \_\_\_ Ja

Weitere wichtige gesundheitliche Informationen \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Informationen:

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin/des Patienten/der Eltern \_\_\_\_\_