

Anmeldung:

Sehr geehrte Patienten, bitte nehmen Sie sich kurz die Zeit und füllen diese Anmeldung vollständig aus.
Sie erleichtern uns damit die Arbeit, vielen Dank im Voraus.

Persönliche Daten:

Name:

Vorname:

Geburtstag:

PLZ :

Wohnort:

Straße Hausnummer:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Versicherter:

Wer ist versichert:

Sie selbst?

Angehöriger? (Name/ Anschrift)

Sind Sie berufstätig?

oder berentet?

Gestzliche Zuzahlungspflicht:

Sind Sie befreit?

a

nein

Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

mit dem Ausfüllen dieses Bogens helfen Sie uns, dem Grund Ihres Kommens zu uns, schneller auf die Spur zu kommen, indem wir bereits bei Ihrem ersten Termin die wichtigsten Informationen über Ihren gesundheitlichen Werdegang vorliegen haben. Sie verkürzen damit die Zeit, die wir im Rahmen einer Erstbehandlung ansonsten für die Aufnahme dieser Daten brauchen würden.

Selbstverständlich behandeln wir diese Informationen vertraulich und verwenden sie ausschließlich zum Zweck der Behandlungsplanung.

1. Persönliche Daten:

Name:..... Vorname:..... Geb.Datum:.....

Beruf:..... Hobby:.....

2. Aktuelle Beschwerden:

Falls Sie mehrere, gesundheitliche "Baustellen" haben, listen Sie diese bitte in der Reihenfolge ihres Schweregrades auf; bitte notieren Sie außerdem, wie lange Sie das Problem bereits haben, und ob es einen Auslöser dafür gab?

Wann haben Sie die meisten Schmerzen (morgens/ mittags/ abends/ nachts)? Was macht die Beschwerden besser/ schlimmer?

a-.....

b-.....

c-.....

3. Allgemeine Anamnese:

a- Internistische Vorgeschichte: haben Sie in den folgenden Bereichen eine Vorerkrankung? Zutreffendes bitte unterstreichen:

Osteoporose ja- nein Herzerkrankungen ja- nein Blutdruck ja- nein Lunge ja- nein Nieren ja- nein
Verdauungsorgane ja- nein Schilddrüse ja- nein Nervensystem ja- nein Gebärmutter- Eierstöcke- Prostata-Hoden ja- nein
Hepatitis/ HIV/ Gürtelrose/ Borreliose/ Covid 19 ja - nein

Wenn ja, welche.....

b- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche:

c- Welche Operationen hatten Sie und wann?.....

d- Gibt es in Ihrer Familie gehäuft bestimmte Erkrankungen (Krebs/ Rheuma/ Herzerkrankungen/ Orthop./ Psyche)?.....

e- Hatten Sie in der Vergangenheit einen Unfall (Schleudertrauma/ Sport- / Verkehrsunfall) und wenn ja wann:
.....

f- Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer persönlichen Lebenssituation (Schulnoten von 1-6):

g- Haben / hatten Sie Probleme mit Ihren Zähnen?.....

i- Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?.....

h- Leiden Sie unter Kopfschmerzen/ Schwindel/ Ohrgeräuschen/ Probleme beim Sprechen/ Schlucken/ Sehen? Zutreffendes bitte unterstreichen.

Vielen Dank! Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Köln, den

Unterschrift:.....