



ECKERL

FachZahnärzte am Starnberger See

Zahnmedizin | Oralchirurgie | Implantologie

ANAMNESEBOGEN

Name	.....	Beruf	.....
Vorname	.....	Arbeitgeber	.....
Geburtsdatum	.....	E-Mail	.....
Anschrift	.....	Handynummer	.....
PLZ, Ort	.....	Telefon	.....

Krankenkasse	☐ Gesetzlich	☐ Privat
Zusatzversicherung	☐ Ja	☐ Nein
Tarif	☐ Basis	☐ Standard

Falls Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist der Versicherte?

Name	.....
Vorname	.....

Wer hat uns empfohlen?

.....

Ich bestätige, nachstehende Angaben gewissenhaft zu machen

Haben Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ☐ Ja ☐ Nein

Überempfindlichkeit auf bestimmte Stoffe?
Wenn ja, welche?

.....

Blutgerinnungshemmende Medikamente/ Gerinnungsstörung?
Wenn ja, welche?

.....

Herz-Kreislaufkrankungen?
Wenn ja, welche?

.....

Endokarditisrisiko/Herzklappenersatz ☐ Ja ☐ Nein

Herzschritmacher ☐ Ja ☐ Nein

Hepatitis A/B/C ☐ Ja ☐ Nein

HIV positiv ☐ Ja ☐ Nein

Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

Magen-, Darm- oder Nierenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Grüner Star ☐ Ja ☐ Nein

Asthma ☐ Ja ☐ Nein

Krebserkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein

Falls Sie schwanger sind, in welcher Woche?

☐ Ja, ☐ Nein

Nehmen sie Antiresorptiva/Bisphosphonate? ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Vorerkrankungen?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?

.....

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Feldafing, den

Unterschrift Patient