Gemeinschaftspraxis
Dr. Jürgen Kaul
Dr. Ana Kaul
Nördlingerstr. 2
91126 Schwabach

Tel.: 09122 – 87 36 88
Fax: 09122 – 87 36 89

Anamnesebogen

Patient: _____
NAME VORNAME GEB:-DATUM

Mitglied: _____
NAME VORNAME GEB:-DATUM

Anschrift: _____
STRASSE NR: TELEFON

_____
POSTLEITZAHL ORT

E-Mail-Adresse:_____

Krankenkasse:
_____

Für Privatpatienten angeben ob **Basistarif versichert** ja O nein O
(Versicherungsausweis dann bitte vorlegen)

Beruf:
_____

Arbeitgeber:
_____
TELEFON

Empfohlen von
_____

Ihr Hausarzt
_____

Gemeinschaftspraxis
Dr. Jürgen Kaul
Dr. Ana Kaul
Nördlingerstr. 2
91126 Schwabach

Tel.: 09122 – 87 36 88
Fax: 09122 – 87 36 89

Anamnesebogen

Wir bitten um Beantwortung folgender Fragen im Interesse Ihrer Gesundheit und des Behandlungsablaufes. Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	Nein	Ja
• Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	O	O
• Haben oder hatten Sie schwere Erkrankungen?	O	O
• Haben Sie Allergien? (Bitte Allergiepass mitbringen!) Wenn ja, welche: _____	O	O
• Haben Sie Herzkrankheiten?		
– Herzinfarkt	O	O
– hoher / niedriger Blutdruck	O	O
– künstliche Herzklappe	O	O
– Myo-.bzw. Endokarditis	O	O
– Herzschrittmacher	O	O
• Bestehen bei Ihnen Erkrankungen:		
– Der Leber (z.B. Hepatitis)	O	O
– Der Lunge (z.B. Tbc, Asthma bronchiale)	O	O
– Des Magens	O	O
– Des Darms	O	O
– Des Blutes (z.B. Blutgerinnungsstörungen)	O	O
– Der Schilddrüse	O	O
– Der Nieren	O	O
• Sonstige Erkrankungen (z.B. Diabetes, MS, Epilepsie, Rheuma, grüner Star)	O	O
bei Osteoporose (**Bitte unbedingt Medikament angeben** z.B.Bisphosphonat)_____		
• Besteht eine Störung des Immunsystems (z.B. HIV+; Immunsupp. Therapie)	O	O
• Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	O	O
• Besteht eine Schwangerschaft? (Bitte Monat oder Wochen angeben)_____	O	O
• Haben Sie heute Medikamente genommen? Wenn ja, welche: _____	O	O
• Müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen? **Wenn ja, welche**: _____	O	O
• Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen oder Verspannungen	O	O

Gemeinschaftspraxis
Dr. Jürgen Kaul
Dr. Ana Kaul
Nördlingerstr. 2
91126 Schwabach

Tel.: 09122 – 87 36 88
Fax: 09122 – 87 36 89

- Wie schätzen Sie selbst Ihre Mundhygiene ein?
- Note: 1 2 3 4 5 6
  O O O O O O

- Möchten Sie informiert werden, was an neuester zahnmedizinischer Versorgung für Sie möglich ist, auch wenn diese Behandlung nicht ganz von der geseztlichen Krankenversicherung übernommen wird?

  ja O nein O

Zuletzt noch ein Hinweis in eigener Sache:
Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis, dass bedeutet für Sie kurze Wartezeiten. Sollten Sie einmal nicht in der Lage sein Ihren Termin wahrzunehmen, bitte wir Sie ihn bis 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte beachten Sie, dass Praxisausfallzeiten laut Rechtsprechung in Rechnung gestellt werden können.

Liebe Patienten, lieber Patient,

nur wer sich auf seine eigentliche Arbeit konzentriert kann, kann sehr gute Arbeit leisten. Damit wir uns noch mehr Zeit für Ihre Betreuung nehmen können, haben wir die Abrechnung in die Hände eines kompetenten Partners gelegt.

BFS finance
BFS health finance GmbH
Hülshof 24; 44287 Dortmund

Wir bitten Sie daher die beigelegte Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Datum_____ Unterschrift_____