



Bruckmatten 29 A
79356 Eichstetten

Tel. +49 (0)7663.9133160
www.dr-ziebold.de

Herzlich willkommen!

Um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihre allgemeine Gesundheit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Strasse, Nr. Postleitzahl, Ort

Tel. privat/gesch. Mobil

E-Mail Adresse

Krankenkasse

Beruf/ Arbeitgeber

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Möchten Sie regelmäßig an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

ANAMNESE

(Zutreffendes bitte ankreuzen X)

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt:	Name/ Adresse/ Telefon _____	
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz) Angina pectoris Bluthochdruck Herzinfarkt, wann? Herzschrittmacher Herzklappenersatz unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie) Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel- Erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Magen-Darm-Erkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Krampfanfälle (Epilepsie) Lähmungen Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vegetative Erkrankungen:	Depressionen Angstzustände Ohnmachtsanfälle Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen:	Gerinnungsstörungen Marcumar Neigung zu blauen Flecken Nachbluten nach Operationen Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten:	Hepatitis A / B / C Tuberkulose Aidstest durchgeführt, Ergebnis? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Angaben:	Rauchen Sie? Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Medikamentenüberempfindlichkeit (z.B. Penicillin) Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamente:	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Schmerzmittel Psychopharmaka Antibabypille Verordnung von Bisphosphonaten, wann? Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat?	
Röntgen:	Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopf-Kiefer-Zahnbereich? Wo?	

Datum: _____

Unterschrift: _____