

---

Seehofstrasse 7, 6004 Luzern Tel: 041 410 67 93

## Patientenaufnahmebogen

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geb.-Datum</b>	
<b>Beruf</b>	
<b>Wohnadresse</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Telefon Privat</b>	
<b>Telefon Geschäft</b>	
<b>Handy</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Ihr Hausarzt</b>	
<b>Empfohlen / Überwiesen von</b>	
<b>Bei Kindern: Gesetzlicher Vertreter (Name / Vorname)</b>	
<b>Kostenträger</b>	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistung <input type="checkbox"/> Sozialhilfe

### Patientenerklärung

Mit der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung erforderlichen Daten an die von uns beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.

Alle Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.

Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Bitte noch weiter ausfüllen!! ►

Seehofstrasse 7, 6004 Luzern Tel: 041 410 67 93

**Patient:**

.....  
 Name Vorname Geb.-Dat.

**Anamnesebogen**

Haben od. hatten Sie.....	ja	nein
Allergien → welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz / -schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung / -ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung d. Immunsystems (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie (gelegentlich) Drogen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Psychopharmaka ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift