

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis. Um uns individuell auf Sie einstellen zu können und um die optimale Therapie für Sie zu wählen, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte teilen Sie uns auch künftig Änderungen mit. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns im Rahmen unserer ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt und nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis an Dritte weitergegeben.

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Kommen Sie als Notfallpatient, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, da wir Ihnen ansonsten ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.

Persönliches

Name (Patient), Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf des Patienten

Arbeitgeber

Mitglied/Zahlungspflichtiger

Name (Patient), Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf des Mitgliedes

Arbeitgeber

Krankenversicherung

Krankenkasse oder Versicherung

Ich bin gesetzlich versichert

Ich bin privat versichert

Ich bin freiwillig versichert

Ich bin privat zusatzversichert

Ich bin Basistarif-Versicherte/r

Ich bin Standardtarif-Versicherte/r

Ich habe die Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt

Ich bin zuschussberechtigt

Ich bin nicht versichert

Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin

Name, Anschrift, Telefon

Allgemeine Anamnese

1.a) Haben Sie oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma (schwere Atemnot)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	HIV-Infektion	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	TBC	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumor/Karzinom/Krebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nehmen/nahmen Sie i. d. Zusammenhang Bisphosphonate				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

1.b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit

von Medikamenten bzw. Materialien ja nein wenn ja, welche

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein wenn ja, welche

1.b) Herzinfarkt

Nehmen Sie allgemeine blutgerinnungshemmende Mittel? ja nein wenn ja, welche

Schlaganfall ja nein

1.d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wieviel Woche

6. Knirschen oder pressen Sie mit Ihren Zähnen? ja nein

7. Haben Sie Zahnfleischprobleme? ja nein

8. Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja nein

9. Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

10. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

11. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein Wünsche Sie einen? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil)

12. Wird ein Recall gewünscht? ja nein

13. Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig professionell gereinigt bzw. sind Sie an einem Prophylaxeprogramm z.B. an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein

14. Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

15. Haben Sie noch Fragen oder Anliegen?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift