

Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Um Ihnen eine umfassende Beratung und eine sichere Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen vollständig auszufüllen. Gerne helfen wir Ihnen, wenn Sie sich bei einem der Punkte nicht sicher sein sollten.

Patient:

Name:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Adresse:

Vorname:
Telefon privat:
Telefon mobil:
Telefon geschäftlich:
E-Mail:

Hauptversicherte/er: Herr Frau

Name:
Geburtsdatum:

Vorname:
Telefon privat:

Krankenkasse/Krankenversicherung:

Privat versichert Welche?
Gesetzlich versichert Welche?

Beihilfe Basistarif versichert
 zust. Geschäftsstelle
 Zahnzusatzversicherung

Behandelnder Zahnarzt / Arzt (für evtl. Arztbericht)

.....

Allgemeine Gesundheitssituation:

1. Haben Sie Allgemeinerkrankungen? Wenn ja, welche?
..... Ja Nein
2. Haben oder hatten Sie: Ja Nein
 Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Diabetes (Zucker) Epilepsie Grüner Star
 Erkrankung des Herzens Herzschwäche Angina Pectoris Herzinfarkt Herzfehler
 Herz-OP Lungenerkrankung Asthma
4. Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
5. Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb?
..... Ja Nein
6. Leberleiden, Gelbsucht, Hepatitis A B C HIV+ (AIDS)
7. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?
8. Bestehen Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Schnarchen? Ja Nein
9. Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?
..... Ja Nein
10. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?
..... Ja Nein
11. Nehmen Sie Blutverdünner? Ja Nein
 Marcumar Bisphosphonate Andere
12. Hatten oder haben Sie eine Tumorerkrankung? Ja Nein

13. Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose? Wenn ja, welche? Ja Nein
14. **Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? Ja Nein
15. Datum der letzten Röntgen-Untersuchung?
16. Mit der Nutzung der von mir angefertigten Röntgen- bzw. Fotoaufnahmen in anonymisierter Form für Fortbildungszwecke bin ich einverstanden. Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung Internet / Homepage Internet / Facebook Bewertungsportal

- Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja Nein Wie dürfen wir Sie an den nächsten Vorsorgetermin erinnern? E-Mail Post Nicht erinnern

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich verpflichte mich zudem, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können mir daraus entstehende Kosten (behandlungsfreie Leerlaufzeiten der Praxis) in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift