

Patienten Anamnesebogen

Bitte vollständig ausfüllen!

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich
E-Mail	Beruf
Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)	

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Selbst versichert oder mitversichert bei Ehemann Ehefrau Vater Mutter

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte hier Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum	Erziehungsberechtigter
-------	------------------------

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

Nein Ja

Bitte ggf. Zutreffendes ankreuzen:

Beihilfeberechtigt Zusätzlich versichert Freiwillig versichert

Nur für Privatversicherte! Haben Sie einen Basis- oder Standardtarif gewählt?

Basistarif Standardtarif

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich!

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusatzinformationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) / Werte

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) / Werte

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Infarkt oder andere Herzerkrankungen

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Herzschrittmacher

Ja Nein

Mangeldurchblutung ZNS / Apoplex

Ja Nein

(Schlaganfall)

BITTE WENDEN!

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusatzinformationen

Infektionskrankheiten

HIV/AIDS

Ja Nein

Hepatitis (Gelbsucht)

Ja Nein

Tuberkulose (TBC)

Ja Nein

Andere

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika

Ja Nein

Schmerzmittel

Ja Nein

Antibiotika (z.B. Penicillin)

Ja Nein

Andere

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen

Ja Nein

Asthma

Ja Nein

Lungenerkrankung

Ja Nein

Rheuma

Ja Nein

Epilepsie

Ja Nein

Glaukom (Grüner Star)

Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankung

Ja Nein

Tumorerkrankung

Ja Nein

Diabetes

Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen/Dialyse

Ja Nein

Osteoporose

Ja Nein

Ohnmachtsneigung

Ja Nein

Andere

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum

Ja Nein

Alkoholgenuss

Ja Nein

Wenn ja, selten oft regelmäßig

Raucher

Ja Nein

Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente
(z.B. Blutverdünner)

Ja Nein

Wenn ja, seit wann/Name? _____

Frühere Röntgenuntersuchung

Ja Nein

Wenn ja, Datum/Körperteile? _____

Schwangerschaft

Ja Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen?

(automatische Erinnerung an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung)

Ja Nein

Wichtige Informationen!

- Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sollte im Unterkiefer eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkiefernervs einer Seite. Dabei kann in sehr seltenen Fällen (ca. 0,1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich verbunden.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

X

Datum, Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter