



Anamnesebogen

Für eine adäquate, risikofreie Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name, Vorname : _____ **Geburtsdatum:** _____
(Patient)

Name, Vorname : _____ **Geburtsdatum:** _____
(Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter)

Adresse: _____ **Tel. privat:** _____

_____ **Tel. mobil:** _____

Beruf: _____ **E-mail** _____

Krankenkasse: _____

Zahnezusatzversicherung: _____

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte ergänzen:

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

(Zahlungspflichtiger)

Adresse: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____

Adresse: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Allgemeine Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

(Falls Sie eine **Medikamentenliste** haben, lassen Sie uns gerne eine Kopie davon anfertigen.)

Rauchen Sie? Ja Nein

Alkoholkonsum? Ja Nein

Drogenkonsum? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche Woche? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck Ja Nein _____

Niedriger Blutdruck Ja Nein _____

Herzklappenerkrankung/ -defekt Ja Nein _____

Herzklappenersatz Ja Nein _____

Herzerkrankung Ja Nein _____

Herzoperationen Ja Nein _____

Herzschrittmacher Ja Nein _____

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

andere: Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika: _____

Antibiotika: _____

Schmerzmittel: _____

andere: _____

weitere Erkrankungen:

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
genetische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
geistige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ohnmachtsneigungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
			Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Warum suchen Sie uns auf?

- | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung |
| <input type="checkbox"/> Routineuntersuchung | <input type="checkbox"/> für neuen Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Individualprophylaxe | <input type="checkbox"/> Ästhetische Veränderungen?
Wenn ja, welche? |
-

Möchten Sie in unser Terminerinnerungssystem aufgenommen werden? (RECALL)

- Ja (per Post) Nein

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 bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wir weisen Sie darauf hin, dass vereinbarte Termine ausschließlich für Sie reserviert sind. Sollten Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, sagen Sie diese spätestens 24 Std. vorher ab. Bei einer nicht fristgerechten Absage, erlauben wir uns, eine Gebühr in Höhe von 60 Euro in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift