

Anamnesebogen

Patientendaten und Gesundheitsfragen

Für Ihr Krankenblatt bitten wir Sie, die umseitigen Gesundheitsfragen zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.

Patient / Patientin

Name, Vorname männlich weiblich divers

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Festnetz privat

Festnetz geschäftlich

Mobil

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Mitglied / Zahlungspflichtige/r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/r)

Name, Vorname wie Patient / Patientin

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Festnetz privat

Festnetz geschäftlich

Mobil

E-Mail

Name des Kostenträgers (Krankenkasse oder Versicherung)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> pflichtversichert | <input type="radio"/> privat versichert |
| <input type="radio"/> freiwillig versichert | <input type="radio"/> privat zusatzversichert |
| <input type="radio"/> beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Basistarif-versichert |
| <input type="radio"/> zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) | <input type="radio"/> nicht versichert |

Zur Dokumentation und Planung, für die Kommunikation mit Laboren sowie für wissenschaftliche Arbeiten und Vorträge erstellen wir unter Umständen anonyme intraorale Fotoaufnahmen von Ihrer Kiefer- und Gebissituation. Diese sind weder mit Ihrem Namen noch mit Patientendaten versehen. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, teilen Sie dies unserer Praxis bitte mit. Vielen Dank für Ihre Unterstützung für Forschung und Lehre.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstauglichkeit nach einer Anästhesie eingeschränkt sein kann.

Gesundheitsfragen

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Allgemeinbefinden

Leiden Sie häufig unter Kopf- oder Nackenschmerzen?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	Wenn ja, wievielte Woche:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rauchen Sie?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie einen Herzfehler?	Wenn ja, welchen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Blutdruck

Wie ist Ihr Blutdruck? Ggf. Werte: normal niedrig hoch

Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

<input type="radio"/> Asthma (schwere Atemnot)	<input type="radio"/> Bluterkrankungen	<input type="radio"/> Leberkrankheiten
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
<input type="radio"/> Rheuma	<input type="radio"/> HIV-Infektion	<input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie)
<input type="radio"/> Osteoporose	<input type="radio"/> TBC (Tuberkulose)	<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Grüner Star (Glaukom)

Wer ist ihr Hausarzt? (Name und Telefonnummer)

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Wenn ja, welche:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie Marcumar?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Bisphosphonate eingenommen?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien	Wenn ja, welche:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstige Angaben / andere Krankheiten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde / Familie / Bekannte Praxisschild Internet Werbung Sonstiges:

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r