

CHARISMA

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen. Damit wir diesen bestmöglich vorbereiten und Ihre Behandlung bei uns adäquat und bedürfnisorientiert durchführen können, füllen Sie bitte folgendes Formular (alle 3 Seiten!) gewissenhaft und vollständig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Nachname, Vorname PatientIn Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Geburtsname Geburtsort

Telefon privat/mobil Beruf

E-Mail

Name der Krankenkasse/Versicherung

Versichertenstatus: gesetzlich privat
Bei Privatpatienten: Basistarif beihilfeberechtigt
Zusatzversicherung: Ja Nein
Pflegegrad oder Eingliederungshilfe: Ja Nein

Pflegegrad: _____

gesetzliche Vertretung Name, Vorname, Adresse, Telefon

Hausarzt Name, Adresse, Telefon

Sind PatientIn und hauptversicherte Person nicht identisch (z.B. familienversichert),
bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname PatientIn Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort



Gesundheitszustand

bitte ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

ja nein

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenerkrankung/-defekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzoperation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Infektionserkrankungen

- | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere: | | |
-

Allergien/Unverträglichkeiten

- | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere: | | |
-

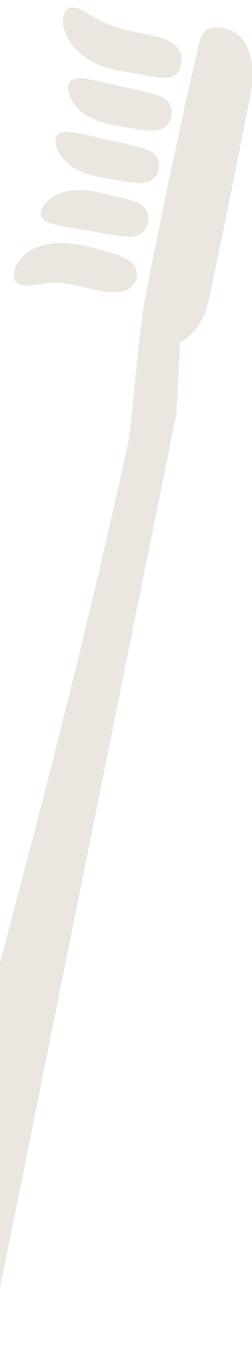
psych. Erkrankungen

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angst- und Panikstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere: | | |
-

weitere Erkrankungen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. COPD, Pneumothorax) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenfunktionsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augen-OP/-Erkrankung (Vitrektomie, grüner Star) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche:
Wenn ein Medikamentenplan vorliegt, teilen Sie uns diesen bitte mit.



allgemeine Angaben

bitte ankreuzen

ja nein

Drogenkonsum

Alkoholkonsum

Rauchen

frühere Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-
Gesichtsbereich

Welche: wenn ja, selten oft regelmäßig

wenn ja, 0-10 über 10 Zig. am Tag

wenn ja, Datum: _____

Einverständnis zur Weitergabe angefertigter
Röntgenbilder an den überwiesenen
Facharzt/Fachärztin wenn notwendig

Schwangerschaft

wenn ja, welcher Monat _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung

Google

Website

Social Media/Instagram

andere: _____

Einverständnis zur Erinnerung an
Termine & Terminvereinbarungen

per E-Mail

per Post

Ihre Angaben werden zur praxisinternen Verarbeitung gespeichert und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand und ihren Bedürfnissen anzupassen. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (§28 Absatz BDSG Bundesdatenschutzgesetz) und werden streng vertraulich behandelt.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraum auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen in diesem Formular gelesen und verstanden habe und meine Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

