

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 4 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: 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 Hauptversicherte/

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

- | | ja | nein |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

andere:

Allergien/Unverträglichkeiten

- | | ja | nein |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

andere:

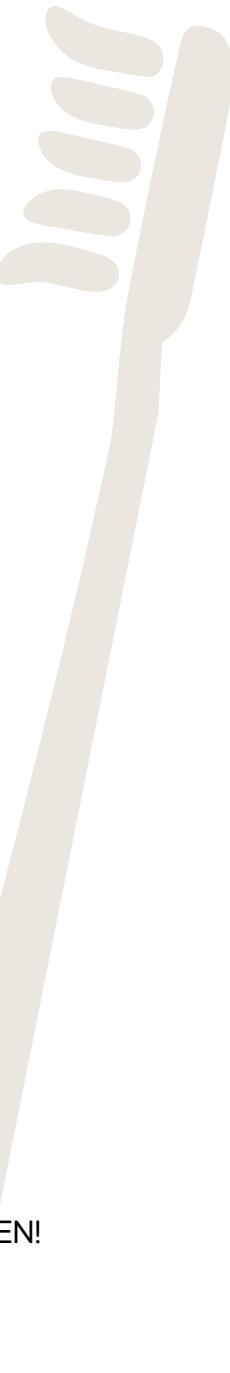
psych. Erkrankungen

- | | ja | nein |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angst- und Panikstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

andere:

weitere Erkrankungen

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| Schildrüsenerkrankung | <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"/> |



ALLGEMEINE ANGABEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche:

Wenn ein Medikamentenplan vorliegt, teilen Sie uns diesen

bitte mit.

bitte ankreuzen

ja nein

Drogenkonsum

Welche:

Alkoholkonsum

wenn ja, selten oft regelmäßig

Rauchen

wenn ja, 0-10 über 10 Zigaretten am Tag

frühere Röntgenaufnahmen im Mund-

wenn ja,

Kiefer-Gesichtsbereich

Datum: _____

Einverständnis zur Weitergabe

angefertigter Röntgenbilder an den
überwiesenen Facharzt/Fachärztin
wenn notwendig

Schwangerschaft

wenn ja, welcher Monat



ALLGEMEINE ANGABEN



Einverständnis zur Erinnerung an
Terminvereinbarungen (Recall)
per E-Mail
per Post

Einverständnis zur Erinnerung
an Termine
per SMS



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.



INFORMATION ZUR TERMINABSAGE – AUSFALLGEBÜHR

Bitte beachten Sie, dass für reservierte Behandlungstermine Zeit speziell für Sie eingeplant wird.

Bei sehr kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen behält sich die Praxis vor, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Dies gilt insbesondere, wenn der Termin kurzfristig nicht anderweitig vergeben werden kann.

Die Höhe des Ausfallhonorars richtet sich nach dem geplanten Zeitaufwand.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r