

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/r Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Gesundheitszustand

bitte ankreuzen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

ja nein

- Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- Herzklappenerkrankung/-defekt
- Herzerkrankung
- Herzoperation
- Herzschrittmacher

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infektionserkrankungen

- HIV
- Hepatitis
- Tuberkulose
- andere:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien/Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika
- Schmerzmittel
- Antibiotika
- andere:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

psych. Erkrankungen

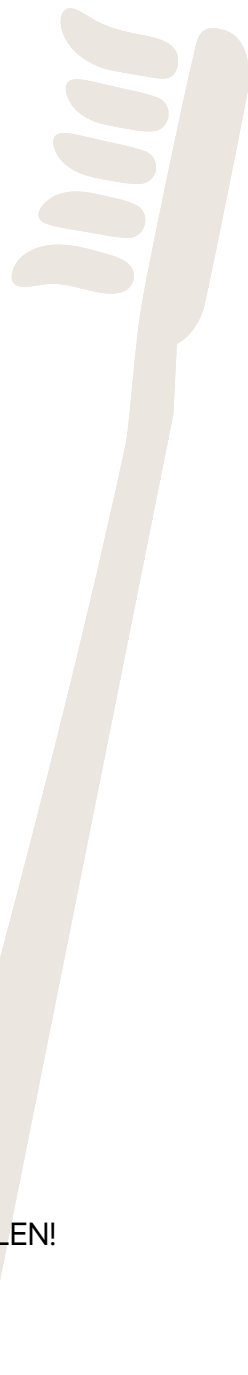
- Angst- und Panikstörung
- Depressionen
- andere:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Lungenerkrankung (z.B. COPD, Pneumothorax)
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Epilepsie
- Diabetes
- Nierenfunktionsstörungen
- Augen-OP/-Erkrankung (Vitrektomie, grüner Star)
- Demenz

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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

☐ ☐

Alkoholkonsum

☐ ☐

Rauchen

☐ ☐

frühere Röntgenaufnahmen im Mund-

☐ ☐

Kiefer-Gesichtsbereich

Einverständnis zur Weitergabe

☐ ☐

angefertigter Röntgenbilder an den

überwiesenen Facharzt/Fachärztin

wenn notwendig

Schwangerschaft

☐ ☐

wenn ja, welcher Monat

Welche:

wenn ja, selten ☐ oft ☐ regelmäßig ☐

wenn ja, 0-10 ☐ über 10 Zig. ☐ am Tag

wenn ja,

Datum:

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