

Anamnesebogen

PATIENTENDATEN:

NAME: _____ VORNAME: _____ Geb: _____

STRASSE, NR: _____ PLZ _____ ORT: _____

TELEFON
PRIVAT: _____ GESCHÄFTLICH: _____

MOBIL: _____ E-MAIL: _____

WÜNSCHEN SIE EINE SMS ERINNERUNG FÜR EINEN BESTEHENDEN TERMIN: JA NEIN

KRANKENVERSICHERUNG

GESETZLICH _____ PRIVAT _____

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PFLICHTVERSICHERT | <input type="checkbox"/> | STANDARD - TARIFVERTRAG |
| <input type="checkbox"/> | FREIWILLIG VERSICHERT | <input type="checkbox"/> | BASIS - TARIFVERTRAG |
| <input type="checkbox"/> | ZUSATZVERSICHERUNG | | |

IM INTERESSE EINER KOMPLIKATIONSLOSEN BEHANDLUNG BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN :

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und sind zum Teil gesetzlich vorgeschrieben.

Ihre Angaben werden gegebenenfalls elektronisch gespeichert und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

JA NEIN

HERZERKRANKUNGEN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HERZSCHRITTMACHER |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HERZSCHWÄCHE (INSUFFIZIENZ) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HERZKLAPPENFEHLER/ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HERZKLAPPENERSATZ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | UNREGELMÄSSIGER HERZSCHLAG (ARRHYTHMIEN) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ENDOKARDITIS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ANGINA PEKTORIS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HERZINFARKT |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HERZOPERATIONEN _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BESITZEN SIE EINEN HERZPASS? _____ |

KREISLAUFERKRANKUNGEN

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HOHER BLUTDRUCK /WERT _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | NIEDRIGER BLUTDRUCK/WERT _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | OHNMACHTSNEIGUNG |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SCHLAGANFALL |

JA NEIN

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- ZUCKERKRANKHEIT (DIABETES) TYP I _____ TYP II _____
- LEBERERKRANKUNGEN _____
- SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN _____
- BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN _____

INFEKTIONSERKRANKUNGEN

- HEPATITIS A _____ B _____ C _____
- HIV (AIDS)
- TUBERKULOSE _____

ALLERGIEN

- BESITZEN SIE EINEN ALLERGIEPASS?
- ALLERGIEN GEGEN MEDIKAMENTE : WELCHE: _____
- SONSTIGE _____

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

- GLAUKOM
- ASTHMA
- TUMORERKRANKUNGEN _____
- OSTEOPOROSE
- EPILEPSIE
- MRSA / KRANKENHAUSKEIM
- KOPFSCHMERZEN / MIGRÄNE

**HABEN SIE ANDERE; HIER NICHT AUFGEFÜHRTE ERKRANKUNGEN?
WENN JA WELCHE ? _____**

- FRÜHERE OPERATIONEN: Z.B. HERZ, KÜNSTLICHE ERSATZGELENKE**

WENN JA WAS UND WANN? _____

- SCHWANGERSCHAFT/GEBURTSTERMIN: _____**

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN, WENN JA WELCHE?

HAUSARZT:

Ich bin damit einverstanden, dass bei Fragestellungen, die meine allgemeine Gesundheit betreffen, Informationen zwischen meiner Zahnärztin und der allgemeinärztlichen Praxis, sowie mich behandelnden Fachärzten ausgetauscht werden.

Hausarzt: NAME, ADRESSE TELEFON

ORT, DATUM
WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE ANGABEN

UNTERSCHRIFT

Wir sind eine Terminpraxis. Bitte vereinbaren Sie zu Ihrem Arztbesuch einen Termin. Wenn Sie diesen nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab, um einem anderen Patienten in dieser Zeit eine Behandlung zu ermöglichen. Bei Fernbleiben ohne rechtzeitige Absage sind wir gezwungen Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen.