

ANMELDUNG - ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,
Herzlich willkommen in unserer Praxis.
Bitte nehmen Sie sich für Ihre Gesundheit einen Moment Zeit und beantworten Sie uns einige Fragen. Zur Gewährleistung einer individuellen und risikofreien Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand.

! Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb und den Datenschutzbestimmungen und werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Patient/-in

Herr/Frau/Kind

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	Postleitzahl/Ort:	Beruf:
E-Mail:	Telefon:	Mobil:

Mitglied/

Zahlungspflichtige/-r

(bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	Postleitzahl/Ort:	Beruf:
E-Mail:	Telefon:	Mobil:

Kostenträger

(Krankenkasse oder Versicherung)

Name:		
Ich bin pflichtversichert	Ich bin privat versichert	Ich bin beihilfeberechtigt
Ich bin freiwillig versichert	Ich bin Basistarif-Versicherte(r)	Ich bin privat zusatzversichert
Ich bin Standardtarif-Versicherte(r)	Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt	Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt)
Ich bin nicht versichert		

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Haben Sie ein Bonusheft? ja nein Sind Sie an einer professionellen Zahnreinigung interessiert? ja nein

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?

per Telefon Postkarte E-Mail SMS

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Termin zur professionellen Zahnreinigung erinnert werden?

per Telefon Postkarte E-Mail SMS

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatusses mit!

1. a) Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

<small>JA</small> <small>NEIN</small>	<small>JA</small> <small>NEIN</small>	<small>JA</small> <small>NEIN</small>
Asthma (schwere Atemnot)	Bluterkrankungen	Schilddrüsenerkrankungen
Zuckerkrankheit	Blutgerinnungsstörungen	Nierenfunktionsstörungen
Rheuma	Krankenhaushauskeim (z.B. MRSA)	Creutzfeld-Jakob
Osteoporose	Leberkrankheiten	Tumor/Karzinom/Krebs
TBC	Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?
HIV-Infektion	Anfallsleiden (Epilepsie)	

Ihr Hausarzt:

Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____

b) Bestehen Allergien? ja nein wenn ja, welche? _____
 Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein _____

c) Herzinfarkt ja nein Schlaganfall ja nein
 Nehmen Sie Marcumar? ja nein Lähmungen ja nein

d) Blutdruck niedrig normal hoch ggf. Werte _____

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche? _____

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein ggf. welche? _____

6. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss ggf. wievielte Woche _____

7. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein
 Unfalldatum _____
 Art der Verletzung _____

8. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil) _____

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r