

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Wir führen Ihre Patientenkartei mit nachfolgenden Angaben.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und bringen Sie uns diesen Anamnesebogen ausgefüllt und unterschrieben zu Ihrem ersten Termin mit. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Name der Krankenkasse: _____

Bitte bei einer gesetzlichen Kasse angeben: _____

Pflichtversichert? ja [] nein []

Freiwillig versichert? ja [] nein []

Privat zahnärztlich zusatzversichert? ja [] nein []

Haben Sie die Kostenerstattung gewählt? ja [] nein []

Liegt ein Pflegegrad vor? ja [] nein [] Grad: ____

Telefon: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Versichertendaten (sofern sie von den Patientendaten abweichen)

Rechnung an Patienten oder Versicherten? _____

Versicherter: _____

geb. am _____

Anschrift: _____

Allgemeine Erkrankungen

Hoher Blutdruck	ja [] nein []
Niedriger Blutdruck	ja [] nein []
Herzerkrankung / Herzrhythmusstörung	ja [] nein []
Herzschrittmacher / Künstliche Herzklappen	ja [] nein []
Herzfehler	ja [] nein []
Schlaganfall	ja [] nein []
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja [] nein []
Gerinnungshemmer (Xarelto, Falithrom, ASS, Lixiana, Eliquis)	ja [] nein []
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Hatten Sie bereits Organtransplantationen? ja [] nein []

Wenn ja, welches Organ:

Wurden Sie in den letzten 6-12 Monaten operiert? ja [] nein []

Wenn ja, wo?

Haben Sie Implantate jeglicher Art in Ihrem Körper? ja [] nein []

Wenn ja, wo?

Lungenerkrankung / Asthma ja [] nein []

Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

Osteoporose ja [] nein []

Wird die Osteoporose mit Bisphosphonaten behandelt? ja [] nein []

Bekommen Sie gegen die Osteoporose Spritzen / Infusionen? ja [] nein []

Wenn ja, wie heißen diese Verabreichungen?

Rheumatische Erkrankungen ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankung ja [] nein []

Nierenerkrankung ja [] nein []

Epilepsie ja [] nein []

Tumorerkrankungen ja [] nein []

Wenn ja, wo?

Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Allergien ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja [] nein []

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja [] nein []

Wenn ja, bei welchen?

Sonstige Fragen

Besitzen Sie ein Hörgerät? ja [] nein []

Tragen Sie Kontaktlinsen? ja [] nein []

Sind Sie Raucher? ja [] nein []

Wenn ja, wieviele Zigaretten:

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind Sie schwanger? ja [] nein []

Wenn ja, wann ist Entbindung:

Stillen Sie? ja [] nein []

Sie sind uns wichtig!

Können wir Sie bei Terminänderungen anrufen? ja [] nein []

Wünschen Sie eine Terminbenachrichtigung per E-Mail? ja [] nein []

Wenn ja, wie lautet Ihre E-Mail-Adresse?

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte 24h vorher ab, ansonsten müssen wir Ihnen die entstandenen Ausfallkosten in Rechnung stellen.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Datum: _____ Unterschrift: _____