

A n a m n e s e b o g e n

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Hauptversicherte/r:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort : _____

Beruf: _____ Arbeitgeber : _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Versicherung: _____

Gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Lage der Praxis Internet auf Empfehlung von _____ sonstiges _____

„Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre nächste Kontrolluntersuchung per?“

E-Mail: _____ SMS: _____ Keine:

Zutreffendes bitte ankreuzen: bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschriftmacher | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A,B,C) | <input type="checkbox"/> | sonstige Erkrankungen/Infektionen | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft (ja/vielleicht) | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> |
| Herz-/Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> | Rauchen Sie? (wie viele pro Tag: _____) | <input type="checkbox"/> |
| Allergien/ Unverträglichkeit, wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> | | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel(Plavix), ASS) ein?
welche? _____

Gab/ Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (wenn ja, welche?) ja nein

Haben Sie besonders Angst vor bestimmten Behandlungsmaßnahmen?

Fand eine Röntgenuntersuchung innerhalb der letzten 6 Monate statt? ja nein

Röntgendifeinverständnis:

Für den Fall, das eine röntgenologische Untersuchung laut Unterweisung bei meinem Kind durchgeführt werden muss, erkläre ich mich hiermit einverstanden. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Wir bitten Sie, die Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dieses bitte 24 Stunden vorher mit. Andernfalls berechnen wir das übliche Ausfallshonorar. Danke für Ihr Verständnis.

Ort/Datum :

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r :