

Anamnesebogen für Erwachsene



Bitte füllen Sie das Formular in Ihrem eigenen Interesse vollständig aus!
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name , Vorname (Patient): _____ Geburtsdatum: _____

Name , Vorname (Versicherter): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt: _____

Krankenversicherung: _____
 Beihilfe
 zusatzversichert
 standardtarivversichert

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzfehler? ja nein

Herzklappenersatz (Endokarditis)? ja nein

Liegt ein Herzpass vor? ja nein

Herzinfarkt? Wann? ja nein

Herzschrittmacher? ja nein

zu hoher Blutdruck? ja nein

zu niedriger Blutdruck? ja nein

Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Schlaganfall Wann? ja nein

Thromboseneigung? ja nein

weitere Erkrankungen

Allergien? / Allergiepass? Welche? ja nein

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)? ja nein

Augenerkrankungen (grauer oder grüner Star (Glaukom))?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselstörung / Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung / Hepatitis? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
chronische Schmerzen (z.B. Migräne, Neuralgien)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Depressionen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma / entzündliche Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate (Knochentropf) ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, Aids, CreutzfeldtJakob)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

medizinisch wichtige Informationen:

Sind Sie schwanger? Welcher Monat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen Resistenzen auf bestimmte Keime festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte geben Sie alle Medikamente und ihre Dosierung, sowie homöopathische und nahrungsergänzende Mittel an! (ggf. Zusatzblatt beifügen!)

Grund des heutigen Besuchs: _____

Welche Einstellung haben Sie zu einem Zahnarztbesuch?

- positiv neutral eher ängstlich sehr ängstlich

Was erwarten Sie von Ihrer Behandlung? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Haben Sie Kenntnis über die Lage unserer Patientenparkplätze? ja nein

Wünschen Sie eine individuelle Beratung über:

- Zahnersatz
- Prophylaxe
- Füllungsalternativen
- Behandlung mit Lachgas
- _____

Erklärung:

Ich erkläre, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, die Praxis über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige, dass ich alle hier abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ein.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis an der Anmeldung einsehbar.

Datum

Unterschrift Patient / Patientin