

Anamesebogen

Patientenkontaktdaten:

Familienname: _____
Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
PLZ/Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____
Versichertenstatus: _____
Liegt ein Pflegegrad vor? ja nein
Wenn ja, welcher? 1 2 3 4 5

Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig!

Telefonnummer (privat): _____
Telefonnummer (mobil): _____
E-Mail: _____
Beruf: _____
Hausarzt/Name: _____
Hausarzt/Telefonnummer: _____
Hausarzt/Anschrift: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/Kreislaufkrankungen:

Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Immunsupprimierte Patienten:

Hochgradige Neutropenie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mukoviszidose-Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellen-transplantiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MRSA:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Krankheitsbilder:

Anfallsleiden (Epilepsie):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose Erkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:		

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle/welche:		

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?	Monat:	

Röntgen

Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	Monat/Jahr:	

Einnahme von Medikamenten

Welche Medikamente:	seit:		
Weitere Medikamente:	seit:		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahnärztin/Zahnarzt gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunft eingeholt wird.

ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System und zur Weitergabe an Praxisvertragspartner (siehe Aushang) einverstanden.

ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

..... , den Unterschrift:
(Ort/Datum)