



ANAMNESEBOGEN / ERHEBUNGSBOGEN

ALLGEMEINE ANGABEN

Patient: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____ Geschlecht: weibl. männl.

Versicherter: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____ Geschlecht: weibl. männl.

Krankenkasse: _____

Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel. privat: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel. gesch. _____

GESUNDHEITSFragen

Name und Anschrift
des Hausarztes:

Name
Zahnarzt:

Bitte ausfüllen oder ankreuzen	ja
Herz-/Kreislauf- erkrankungen:	
• Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/>
• Herzschrittmacher	<input type="radio"/>
• Herzpass	<input type="radio"/>
• zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/>
• zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>
• Herzinfarkt	<input type="radio"/>
Bluterkrankungen:	
• Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="radio"/>
• Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>
Stoffwechsel- erkrankungen:	
• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="radio"/>
• Magen- Darm Erkrankungen	<input type="radio"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	
• epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="radio"/>
Allergien:	
• Antibiotika Überempfindlichkeit	<input type="radio"/>
• Asthma	<input type="radio"/>
• Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>
• gegen	

Erlaubnis zur Terminierung telefonisch bzw. E-Mail	<input type="radio"/>

Bitte ausfüllen oder ankreuzen	ja
Infektionskrankheiten:	
• Leberentzündung/Gelbsucht	<input type="radio"/>
• Hepatitis A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Tuberkulose	<input type="radio"/>
• Aids, HIV	<input type="radio"/>
• Chronische Erkrankungen der Atemwege	<input type="radio"/>
falls ja, welche?	

Immunsystem:	
• Leiden Sie an Erkrankungen des Immunsystems	<input type="radio"/>
falls ja, welche?	

Sonstige Erkrankungen:	<input type="radio"/>

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechsel- störungen oder Knochenmetastasen, wie zum Beispiel Osteo- porose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	<input type="radio"/>
welche? _____ wann? _____	
oral <input type="radio"/> Infusion <input type="radio"/>	
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?:	_____
Weitere Angaben:	
• Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? _____	
• Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>
(falls ja, in welchem Monat?) _____	

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert. Die Weitergabe an Dritte (Röntgenbilder an ihren Zahnarzt, Patientendaten für Behandlungen in Sedierung oder Daten für das Labor zur Untersuchung von histologischen Material) erfolgt mit Ihrem Einverständnis.

Aufgrund unseres Bestellsystems versuchen wir Wartezeiten zu vermeiden. Wenn vereinbarte Termine nicht wahrgenommen werden können, bitten wir mindestens 24 Std. vorher um Benachrichtigung. Wir bitten um Verständnis dass nicht abgesagte bzw. nicht eingehaltene Termine entsprechend der Termindauer in Rechnung gestellt werden müssen.

Ich bestätige die Kenntnisnahme, mein Einverständnis und die Richtigkeit der Angaben.

Datum:

Unterschrift: