



Anamnesebogen

Schulstraße 15
15366 Neuenhagen

Telefon: 03342 21440
Fax: 03342 21460

Liebe Patientin, lieber Patient!

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Ihre Anne Bohmeyer & Team

Patient

<input type="text"/>			m	w
Name, Vorname	Geburtsdatum	Geburtsname	Geschlecht	
<input type="text"/>				
Straße, Nr.		PLZ, Ort		
<input type="text"/>				
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon Mobil		
<input type="text"/>				
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber			
halbjährliche Kontrollterminerinnerung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Terminerinnerung per	<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> nicht erwünscht	

Datum/Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass ich in das Recallsystem aufgenommen werde und per SMS oder E-Mail an meinen Termin erinnert werde.

Versicherung

<input type="text"/>		
Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Basistarif	
Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:		
<input type="text"/>		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>		
Straße, Nr.	PLZ, Ort	

Gesundheitssituation

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wie hoch ist ihr Blutdruck niedrig normal hoch
Herzklappenerkrankung, -defekt ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzpass vorhanden ja nein
Herzerkrankung/Herzoperation ja nein
Herzschrittmacher ja nein

Allergien

Lokalanästhetika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Antibiotika ja nein
Sonstige _____
Besitzen sie einen Allergiepass? ja nein

Infektionskrankheiten

HIV ja nein
Hepatitis A ja nein
Hepatitis B ja nein
Hepatitis C ja nein
Tuberkulose ja nein
Sonstige _____

Weitere Erkrankungen

Asthma ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Schilddrüsenüberfunktion ja nein
Schilddrüsenunterfunktion ja nein
Rheuma ja nein
Epilepsie ja nein
Diabetes ja nein
Nierenfunktionsstörungen ja nein
Blutgerinnungsstörung ja nein
Schlaganfall ja nein
Osteoporose ja nein
Ohnmachtsneigung ja nein
Tumorerkrankungen ja nein
Künstliche Gelenke ja nein
Glaukom/erhöhter Augeninnendruck ja nein

Datenschutz

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung wurde mir ausgehändigt und nehme ich hiermit zur Kenntnis.

Berlin, den _____

Datum/Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Nehmen sie Medikamente ein? Wenn ja welche:

Nehmen sie Medikamente gegen Osteoporose ein oder haben sie im Rahmen einer Krebsbehandlung Bisphosphonate (einen sogenannten „Knochentropf“) erhalten?

Wenn ja welche?

Zeitpunkt und Dauer der Behandlung: _____

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum ja nein
Alkoholgenuss nein selten oft regelmäßig
Raucher ja bis 10/Tag über 10/Tag

Für unsere Patientinnen

Sind sie schwanger? ja nein
wenn ja, welcher Monat? _____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Aufgrund hoher qualitativer Ansprüche an unsere zahnmedizinische Arbeit nehmen wir uns viel Zeit für unsere Patienten. Daraus resultieren längere Termine. Aus organisatorischen Gründen ist es für uns sehr wichtig, Termine pünktlich wahrzunehmen oder bis spätestens 24 Stunden vorher umzuterminieren.