



Anamnesebogen

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese sind für eine angemessene und vor allen Dingen risikofreie Behandlung von großer Bedeutung. Darum beachten Sie bitte auch die zweite Seite dieses Bogens. Wir weisen darauf hin, dass alle von Ihnen gemachten Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, und bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum u. Geburtsort

Versicherungsstatus

(bitte die entsprechende Abkürzung in die Kästchen eintragen)

Mitglied gesetzlicher Kassen

M

Privat versichert

P

Familienangehöriger

MF

Privat versichert mit Beihilfe

PB

Rentner

R

KVB

PK

Freiwilliges Mitglied gesetzl. Kasse

FF

Post

PP

Krankenkasse oder Versicherung

Mitgliedsnummer

Mitglied

Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon – Nr.: privat:

Telefon – Nr.: Geschäft:

Mobil – Nr.:

E-Mail:

Hinweise zur Bestellpraxis:

Wir werden, falls erforderlich, mehrere Termine für Sie reservieren. Das erspart Ihnen längere Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Zeitpunkt nur für Sie da. Falls Sie zu einem solchen Termin verhindert sein sollten, **sagen Sie bitte spätestens zwei Tage vorher ab, damit wir den Termin an wartende Patienten weitergeben können. Wir behalten uns vor, von Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung zu stellen, falls wir sie nicht kurzfristig anderweitig vergeben können.**

Denn Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich !!!

Möchten Sie an unserem regelmäßigen Prophylaxe-Recall-System teilnehmen?

Bitte sprechen Sie uns an !!!



Nachfolgend finden Sie Fragen bezüglich Ihres Gesundheitszustands:

Ja **Nein**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie oder litten Sie unter Zahnfleischbluten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie Allergiker? (Hatten Sie z.B. Heuschnupfen, Nesselsucht oder vertragen Sie bestimmte Arzneimittel nicht?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie ernsthafte Herz-Kreislauf-Beschwerden (Hochdruck, Infarkt, Schrittmacher etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie an einer Bluterkrankheit oder einer Gerinnungsstörung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind Sie zuckerkrank oder haben Sie ein Nierenleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie leberkrank oder hatten Sie einmal Gelbsucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden Sie an Asthma (schwerer Atemnot)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie an Rheuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wenn ja, mit welchem Ergebnis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie sonstige zurzeit vorliegende Erkrankungen oder Beschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Nennen Sie bitte Ihren behandelnden Hausarzt oder Internisten: | | |
| 15. Listen Sie bitte die Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen, vollständig auf: | | |

16. Bitte teilen Sie uns mit, ob bei Ihnen eine Schwangerschaft vorliegt !!!

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Frau/Herr _____

(kompletter Name und Anschrift)

stimmt der Speicherung ihrer/seiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Sie/ Er wird darauf hingewiesen, dass sie/er diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt