

ZAHNARZTPRAXIS DR. SCHÖBERLEIN

Die Zahnärzte am Rotkreuzplatz

Wendl-Dietrich-Str. 2 • 80634 München

Telefon 089 165087 • Telefax 089 1689805

www.Dr-Schöberlein.de

Anamnesebogen (問診票)

Das Praxisteam Dr. Schöberlein möchte Sie recht herzlich als neuen Patienten begrüßen. Wir freuen uns, Ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen zu dürfen. (Dr. Schöberlein 歯科医院へようこそ。私たちは患者の皆様の立場に立って治療とアドバイスをさせていただきます。)

Nachname (姓), Vorname (名) (ローマ字)

Geburtsdatum (生年月日)

Straße, Hausnummer (住所)

PLZ, Ort (郵便番号、市)

Telefon (privat/ mobil) (電話番号; 自宅/携帯)

Telefon (geschäftlich) (電話番号; 職場)

E-Mail (E-メールアドレス)

Beruf (職業)

Versicherung/ Krankenkasse (保険/ 健康保険)

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon (かかりつけの医師 – 氏名、住所、電話番号)

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch,

bitte die folgenden Angaben ergänzen (患者と支払者が異なる場合は以下をご記入ください) :

Nachname (姓), Vorname (名) (Zahlungspflichtiger 支払者)

Geburtsdatum (生年月日)

Straße, Hausnummer (住所)

PLZ, Ort (郵便番号、市)

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger (未成年者の治療の同意について)

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer bei akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig

(患者が 18 歳未満の場合は、治療のために親権者の同意が必要となります (急性疼痛管理を除く)。) :

Datum (日付) :

Erziehungsberechtigte (r) (親権者の署名) :

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich (あなたの健康状態に関する以下の質問にできるだけ正確にお答えください。):

Herzinsuffizienz (心不全)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Koronare Herzerkrankung (冠動脈性心臓病), Angina pectoris (狭心症)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Herzinfarkt (心筋梗塞)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Herzrhythmusstörungen (不整脈)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Herzschrittmacher (心臓ペースメーカー)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Herzoperation (心臓の手術)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Herzklappenfehler/-ersatz (心臓弁膜症/人工心臓弁)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Hoher Blutdruck (高血圧)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Niedriger Blutdruck (低血圧)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex (脳卒中)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)

Blutgerinnungsstörung organisch (器質的血液凝固障害) Ja(はい) Nein(いいえ)
oder wegen Medikamenten (もしくは薬剤によるもの) Ja(はい) Nein(いいえ)
z.B. durch Einnahme von: Marcumar / Plavix / ASS
(例えばワーファリン、プラビックス、アスピリン)

Asthma (ぜんそく)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Lungenerkrankungen (肺疾患)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Schilddrüsenerkrankung (甲状腺疾患)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Rheuma (リウマチ)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Künstliche Gelenke (人工関節)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Epilepsie (てんかん)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Diabetes (糖尿病)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Nierenfunktionsstörungen (腎機能障害)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Ohnmachtsneigung (失神傾向)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Hepatitis (肝炎)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ) <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型
Tuberkulose (結核)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
AIDS/HIV (エイズ/HIV)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
MRSA (MRSA 感染)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Andere (その他):	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)

Tumorerkrankung (腫瘍性疾患) Ja(はい) Nein(いいえ)
Organ (器官) /Region (部位): _____

Einnahme von Bisphosphonaten (ビスホスホネートの服用)
 Ja(はい) Nein(いいえ)
i.V.(静脈内注射) oral(経口)

Radio- bzw- Chemotherapie(放射線治療/化学療法)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Lebererkrankung (肝疾患)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Magen-Darm-Erkrankung (胃腸疾患)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Dialyse (人工透析)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Glaukom (Grüner Star) (緑内障)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)
Osteoporose (骨粗鬆症)	<input type="checkbox"/> Ja(はい)	<input type="checkbox"/> Nein(いいえ)

Allergien/ Unverträglichkeiten (アレルギー/ 不耐症)

Schmerzmittel (鎮痛剤) Ja(はい) Nein(いいえ)
Lokalanästhetika (局所麻酔) Ja(はい) Nein(いいえ)
Medikamente (薬剤) Ja(はい) Nein(いいえ) wenn ja, welche?

はいの場合は具体的な薬剤名を記入してください _____

Antibiotika (抗生物質) Ja(はい) Nein(いいえ) wenn ja, welche?

はいの場合は具体的な薬剤名を記入してください _____

Andere (その他)

(z.B. Metalle, Werkstoffe 例えば金属その他の材料) Ja(はい) Nein(いいえ)

Allgemeine Angaben (一般的事項) :

Drogenkonsum (麻薬) Ja(はい) Nein(いいえ) wenn ja, welche?

Alkoholgenuss (飲酒) Ja(はい) Nein(いいえ)

Raucher (喫煙者) Ja(はい) Nein(いいえ)

Regelmäßige Medikamente Ja(はい) Nein(いいえ) wenn ja, welche?

(定期的な薬の服用)

Frühere Röntgenuntersuchung Ja(はい) Nein(いいえ) wenn ja, Datum
(以前に受けたレントゲン検査) Körperteile?:

はいの場合は日付と体の部位を記入してください _____

Schwangerschaft (妊娠) Ja(はい) Nein(いいえ) wenn ja, welcher Monat?

はいの場合は何ヶ月目かを記入してください _____

Recall (リコール)

Die Zeit vergeht so schnell, damit Sie Ihre halbjährliche Vorsorge Untersuchung und/oder Prophylaxe (Zahnreinigung) nicht vergessen, bieten wir Ihnen einen telefonischen Erinnerungsservice an.

(半年ごとの定期的な歯の検診・予防のためのクリーニングを忘れずに受けていただくため、当院では電話などによるお知らせサービスも行っております。)

Ich wünsche den Erinnerungsservice per: Tel.: _____

以下の連絡先へ検診の連絡を受けることを希望します。E-Mail: _____

Brief: _____

Wichtige Informationen (重要事項) :

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten, stimme ich zu.
医療上知り得た全ての情報および個人情報、これらの情報保護に関する規則に基づき厳守されます。
個人情報の保存に関して、私は同意します。
- Ich entbinde Frau Dr. S. Schöberlein insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht, als es zur Datenverarbeitung durch den steuerlichen Berater erforderlich ist.
私は Dr. S. Schöberlein が知り得た医療上の情報等に関して、税務処理上必要のある限度でこれを用いることに同意します。
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
私は、治療期間中に個人情報等の変更があった場合にはすぐに通知します。
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls werden in Höhe von 250.00€ pro Ausfallstunde in Rechnung gestellt.
私は、予約した日時を守ることに努め、キャンセルする場合は少なくとも前日までに連絡します。これが守れなかった場合には、補償金として1時間につき 250 ユーロの費用が発生することに同意いたします。
- Nach einer Behandlung in Anästhesie können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.
麻酔処置を受けた後は自動車の運転が制限されます。
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.
私は、本書面を読み、その内容を理解したものとして、以下に署名いたします。

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

どのようにして当院を知りましたか？

Ort, Datum (場所、日付)

Unterschrift Patient(患者の署名)/ Erziehungsberechtigte (r)(親権者の署名)