

ZAHNARZTPRAXIS DR. SCHÖBERLEIN

Die Zahnärzte am Rotkreuzplatz

Wendl-Dietrich-Str. 2 • 80634 München
Telefon 089 165087 • Telefax 089 1689805
www.Dr-Schöberlein.de

Anamnesebogen

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.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat/ mobil)

Telefon (geschäftlich)

E- Mail

Beruf

Versicherung/ Krankenkasse

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch,
bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

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

Datum:

Erziehungsberechtigte (r)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Koronare Herzerkrankung, Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Blutgerinnungsstörung organisch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
oder wegen Medikamenten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
z.B. durch Einnahme von:		
Marcumar / Plavix / ASS		

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
MRSA	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

A B C

Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Organ/Region: _____		
Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Radio- bzw- Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

i.V. oral

Allergien/ Unverträglichkeiten

Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

wenn ja, welche?

Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja, welche?

Andere (z.B. Metalle, Werkstoffe)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche? _____
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche? _____
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, Datum Körperteile?: _____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welcher Monat?

Recall

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

Ich wünsche den Erinnerungsservice per: Tel.: _____
E-Mail: _____
Brief: _____

Wichtige Informationen:

- 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.
- Ich entbinde Frau Dr. S. Schöberlein insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht, als es zur Datenverarbeitung durch den steuerlichen Berater erforderlich ist.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- 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.
- Nach einer Behandlung in Anästhesie können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte (r)