

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.

Wir möchten Sie darauf hinweisen dass alle Angaben, die nicht mit dem Gesundheitszustand in Verbindung stehen, freiwillig, jedoch wichtig für die Behandlung sind.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E- Mail

Versicherung/ Krankenkasse

Sind Patient und Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger/Hauptversicherter nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

(Zahlungspflichtiger/ Rechnungsempfänger/Hauptversicherter)

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 der/des gesetzlichen Vertreter notwendig:

Datum:

gesetzliche(r) Vertreter

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

Herzinsuffizienz Ja Nein
 Koronare Herzerkrankung, Angina pectoris Ja Nein
 Herzinfarkt Ja Nein wenn ja, wann?

Herzrhythmusstörungen Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Herzoperation Ja Nein wenn ja, wann?

Herzklappenfehler/-ersatz Ja Nein wenn ja, wann?

erhöhter Blutdruck Ja Nein
 niedriger Blutdruck Ja Nein
 Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex Ja Nein
 Blutgerinnungsstörung organisch Ja Nein
 oder wegen Medikamenten Ja Nein
 z.B. durch Einnahme von:
 Marcumar /Plavix /ASS / Xarelto

Asthma Ja Nein
 Lungenerkrankungen Ja Nein
 Schilddrüsenoberfunktion Ja Nein
 Schilddrüsenunterfunktion Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Künstliche Gelenke Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 Ohnmachtsneigung Ja Nein
 Lebererkrankung Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein
 AIDS/HIV Ja Nein
 MRSA Ja Nein
 Creutzfeldt Jakob Ja Nein
 Andere: Ja Nein

A B C

Tumorerkrankung Ja Nein

Organ/Region: _____

Radio- bzw. Chemotherapie Ja Nein wenn ja, wann?

Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein
 Dialyse Ja Nein
 Glaukom (Grüner Star) Ja Nein
 Osteoporose Ja Nein
 Allergien/Unverträglichkeiten Ja Nein wenn ja, welche?

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein wenn ja, welche?

Alkoholgenuss Ja Nein

Raucher Ja Nein

Einnahme von Bisphosphonaten Ja Nein i.V. oral

Regelmäßige Medikamente Ja Nein wenn ja, welche?

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein wenn ja,
Wann? Welche Körperregion?

Schwangerschaft Ja Nein wenn ja,
welche Woche?

Angabe des Hausarztes

Hausarzt – Name, Adresse, Telefon (Angabe freiwillig, jedoch sinnvoll)

Ich bin mit der Kontaktaufnahme zwischen meinem Zahnarzt und meinem Hausarzt, bezüglich des Datenaustauschs wenn zum Zweck der Behandlung nötig, einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Mir ist bekannt, dass ich diese Angabe jederzeit und ohne Angabe von Gründen, bei dem Datenschutzverantwortlichen unserer Praxis, widerrufen kann.

Recall

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

Ich wünsche den Erinnerungsservice per: Tel.: _____

E-Mail: _____

Brief: _____

Datum: _____ Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Mir ist bekannt, dass ich diese Angabe jederzeit und ohne Angabe von Gründen, bei dem Datenschutzverantwortlichen unserer Praxis, widerrufen kann.

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten zum Zweck der Behandlung, 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 werde Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- Ich werde vereinbarte Termine einhalten oder mindestens einen Tag im Voraus absagen, andernfalls können 250.00€ pro Ausfallstunde in Rechnung gestellt werden.
- Nach einer Behandlung mit Anästhesie können Sie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein.
- Ich bin damit einverstanden, dass eine Korrespondenz per Email zwischen der Praxis Dr. Selina Schöberlein und der von mir angegebenen Emailadresse erfolgen darf.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzliche(r)

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzliche(r)

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzliche(r)

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzliche(r)

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzliche(r)

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzliche(r)

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzliche(r)