

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.

Patientendaten:

Nachname, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefon (privat) Telefon (mobil)

E- Mail

Versicherung/ Krankenkasse/Beihilfe

Versichertendaten (Hauptversicherter/Zahlungspflichtiger/Rechnungsempfänger) (Bitte nur ausfüllen, falls abweichend von den Patientendaten)

Nachname, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich berechtigt bin für beide Erziehungsberechtigten die Unterschrift zu leisten, bzw. die/der einzige Erziehungsberechtigte / gesetzliche/r Vertreter/in bin

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigter/gesetzlicher Vertreter

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten zum Zweck der Behandlung, stimme ich zu.
- Ich werde Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen informieren.
- 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.

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/Herzklappenersatz Ja Nein
 Herzoperation 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
 Schilddrüsenüber/-unterfunktion 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 A B C
 Tuberkulose Ja Nein
 AIDS/HIV Ja Nein
 MRSA Ja Nein
 Creutzfeldt Jakob Krankheit und deren Varianten Ja Nein
 Andere: Ja Nein

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
 Einnahme von Bisphosphonaten Ja Nein i.V. oral
 Allergien/Unverträglichkeiten Ja Nein wenn ja, welche?

Regelmäßige Medikamente Ja Nein wenn ja, welche?

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche? _____
Übermäßiger Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, wieviel? _____
Frühere Röntgenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, Wann? Welche Körperregion? _____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche Woche? _____

Freiwillige Angaben

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzliche(r) Vertreter

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundes-Datenschutzgesetz (BDSG)). **Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt / liegt im Wartezimmer zur Einsichtnahme aus.** Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information / die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter