

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patienten,
für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patientenangaben:

Name, Vorname

Straße | PLZ | Ort

Geburtsdatum

Telefon | Mobil

E-Mail Adresse

Beruf

Arbeitgeber

Versicherung

gesetzlich privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zusatzversicherung ja nein

Mein Hausarzt

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen

Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankung/-ersatz	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Bypass/Stent/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Endokarditis-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	Neigen Sie zu blauen Flecken?	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	Rheuma, rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma,COPD)	<input type="checkbox"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (Glaukom-grüner Star)	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Bisphosphonaten?	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Neigen Sie zu Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen/Infektionen?	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft (ja/vielleicht)	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wieviel pro Tag?	<input type="text"/>		
Allergien (Allergiepass?)	<input type="checkbox"/>		
Welche Allergien?	<input type="text"/>		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Blutverdünner? (ASS, Marcumar, Xarelto,...)	<input type="checkbox"/>		
Welche anderen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Erinnerungsservice

Möchten Sie regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden? ja nein

Wenn ja, per Telefon
 Brief
 E-Mail

Bei Neupatienten

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch Website
 Lage der Praxis Suchmaschine
 Sonstiges
 auf Empfehlung von?

Medikamente und auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktion im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sollte eine Anästhesie im Unterkiefer notwendig sein, erfolgt eine Betäubung des gesamten Unterkiefernerve einer Seite. Dabei kann in seltenen Fällen (ca. 0,1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich und/oder Zunge verbunden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten