

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis als neuen Patienten begrüßen zu können.

Für eine optimale zahnärztliche Behandlung benötigen wir einige Daten zu Ihrer Person, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes bzw. Ihrer Adresse mit.

Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____

PLZ, Ort _____

Kontakt

Telefon privat _____

Nebenwohnung

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon dienstlich _____

Berufliche Tätigkeit

E-Mail _____

Die seit 25.05.2018 geltende Datenschutzgrundverordnung habe ich gelesen und erkläre mich mit der Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art.6 Abs.1 lit. A Art.7 DSGVO einverstanden.

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

	JA	NEIN		JA	NEIN
zu hoher / niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervenerkrankungen / Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung <i>(z. B. Endokarditis, künstliche Herzklappe, Herzschrittmacher, Angina pectoris)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen <i>(z. B. Asthma)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten <i>(z. B. Tbc; Hepatitis A, B, C; HIV)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien (Medikamente, Pollen, Metalle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungs- / Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, worauf: _____		
Rheuma / Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Krankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bitte legen Sie uns diesen vor.		
Wenn ja, welche: _____					

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tabakkonsum? <i>(Zigaretten pro Tag: _____)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche: _____			Besteht eine Schwangerschaft? <i>(Monat: _____)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			Besteht eine Bisphosphonattherapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Überweisung
- Webseite / Internet: _____
- Empfehlung
- Sonstiges: _____

Um Ihnen sehr geringe Wartezeiten gewährleisten zu können, wird unsere Praxis nach einem Bestellsystem geführt. Können Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten, bitten wir Sie, uns möglichst frühzeitig zu benachrichtigen. Unentschuldig versäumte Termine werden in Rechnung gestellt.

Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten _____