

ANAMNESEFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Um die für Ihre Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte (Anamnese).

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

ANGABEN ZUM VERSICHERTEN:

Name, Vorname des Versicherten:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon mobil:

Firma/Arbeitgeber/Anschrift:

Ausgeübter Beruf/Tätigkeit:

Telefon beruflich:

Bei Familienversicherten:

Hauptversicherter: Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

Name des Arztes:

Anschrift des Arztes:

BESTELL-SYSTEM:

Sehr geehrte Patienten, die Praxis wird nach dem Bestell-System geführt. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher frei gegebene Behandlungszeiten werden daher in Rechnung gestellt (analog Gebührenordnung Ä 56, je halbe Stunde 150,- €).

PROPHYLAXE:

Übrigens, haben Sie Interesse, Ihre Zähne und Ihr Zahnfleisch aktiv vor Karies und Parodontitis zu schützen und damit dauerhaft aufwendige zahnärztliche Behandlungen und damit verbundene Kosten zu vermeiden?

ja

nein

vielleicht

Wir klären Sie gerne über die Notwendigkeiten und Möglichkeiten spezieller Prophylaxe in unserer Praxis auf.

GESUNDHEITSZUSTAND:

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

Falls Sie mit **ja** antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen!

1. Allergien (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Atemwegserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Hämatologische Erkrankungen (Erkrankung blutbildender Organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.1 Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2 Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.3 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.4 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.5 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.6 Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.7 Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.8 Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.9 Mangeldurchblutung des ZNS/Apoplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.1 Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.2 Immunmangel-Syndrom (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.1 Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.2 Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Bemerkungen und Anfragen:

Datum/Unterschrift des Patienten: _____