dentalsynoptics

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen auf beiden Seiten auszufüllen.

Die sorgfältige und gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand ist für Ihre Behandlung von wichtiger Bedeutung. Bitte teilen Sie uns auch mit, falls sich im Laufe der Zeit irgendwelche Änderungen an den nachfolgend gemachten Angaben oder Ihres Gesundheitszustandes ergeben. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir führen eine Bestellpraxis! Das bedeutet, dass Ihre Termine nur für Sie reserviert sind. Bei Nichteinhalten oder kurzfristiger Terminabsage, nehmen wir Bezug auf §§615/280 BGB (Ausfallhonorar).

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an uns.

Ihr Praxisteam

Patient: _____
Name | Vorname | Geburtsdatum

Mitglied/ Versicherter: _____
Name | Vorname | Geburtsdatum

Anschrift: _____
Strasse | Wohnort

Telefon: _____
Privat | Handy | e-mail

Beruf: _____
Beruf/Arbeitgeber | Telefon | e-mail

Krankenkasse: o. Versicherung _____

☐ Pflichtversichertes Mitglied
☐ Private Zusatzversicherung
☐ Private Krankenversicherung
☐ Freiwillig versichertes Mitglied
☐ Beihilfe ; Bundesland _____
☐ nicht versichert

Wer hat Sie zu uns empfohlen o. überwiesen?
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Führen Sie einen Röntgenpass? ☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie eine Erinnerung an Ihre nächste Kontroll- bzw. Prophylaxesitzung? ☐ Ja ☐ Nein

Wer ist Ihr Hausarzt / Internist? _____
Name

_____
Anschrift | Telefon

Ich bin damit einverstanden, dass meine Patientenkartei an einen zukünftigen Praxisnachfolger weitergegeben werden darf.

Bitte wenden !

© Copyright Dental Synoptics e. V.

dentalsynoptics

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie **Allergien**? Wenn ja,welche? _____

☐ Allergiepass

Erkrankungen des **Nervensystems**

☐ Anfallsleiden (Epilepsie)

Ist Ihre **Blutgerinnung** gestört?

☐ Blutungsneigung (Hämophilie)
☐ ASS ☐ Plavix
☐ Marcumar ☐ Sonstige_____

Infektionserkrankungen

☐ HIV ☐ Hepatitis C
☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis A
☐ Neigung zu Herpes ☐ Sonstige?_____

Atemwegserkrankungen

☐ Asthma
☐ Chronische Erkrankung_____

Augenerkrankung

☐ grüner Star (Glaukom) ☐ grauer Star (Katarakt)

Herzerkrankungen

☐ Herzschwäche (Insuffizienz)
☐ Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
☐ Angina pectoris ☐ Zustand nach Herzinfarkt
☐ Herzklappenersatz ☐ Herzschrittmacher
☐ Endokarditis ☐ Myokarditis

Kreislauferkrankungen

☐ Hoher Blutdruck ☐ Niedriger Blutdruck
☐ Schlaganfall (Apoplex)

Stoffwechselerkrankungen

☐ Diabetes ☐ Typ I ☐ Typ II
☐ Schilddrüsenüberfunktion ☐ Schilddrüsenunterfunktion
☐ Osteoporose ☐ Bisphosphonat-Therapie
☐ Lebererkrankungen

Nierenerkrankung

☐ Chronische Insuffizienz ☐ Dialysepflicht

Tumorerkrankungen

☐ Welche?_____
☐ Chemotherapie ☐ Bisphosphonat-Therapie

Sonstige Erkrankungen

☐ Welche?_____

Sind Sie

☐ drogenabhängig? ☐ alkoholabhängig?
☐ Raucher? Wie viele Zigaretten pro Tag_____

Schwangerschaft oder Verdacht auf

☐ Wenn ja, welcher Monat?_____

Frühere **Operationen**

☐ Welche?_____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

☐ Ja, welche?_____
_____
_____

Ihre Verkehrstüchtigkeit ist nach einer **lokalen Betäubung** eingeschränkt. Sie sind **im rechtlichen Sinne fahruntüchtig**.

Datum:……Unterschrift:……

© Copyright Dental Synoptics e. V.