

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Anamnesebogen

Patient Herr/Frau/Kind Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Anschrift PLZ _____ Ort _____
 Straße/Nr. _____ Tel. _____

Mobil _____ Ich möchte eine Erinnerung an Termine per SMS Ja Nein
 E-Mail _____

Rechnungsadresse (falls abweichend) _____

Name der gesetzlichen Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

Allgemeine Gesundheitsangaben **Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:**

Allergien (z.B. Metalle, Hausstaub) welche _____	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>
Blutdruck: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> hoch		Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>
Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>
Bypass / Stent / Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/>
Herzklappenerkrankung /-ersatz	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>
Herzinfarkt, Angina Pectoris	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie)	<input type="radio"/>	Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="radio"/>
Endokarditis – Prophylaxe	<input type="radio"/>	Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar)	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>
Immunschwäche (HIV / AIDS)	<input type="radio"/>	wie viele pro Tag: _____	
Lebererkrankung (Gelbsucht / Hepatitis A, B, C)	<input type="radio"/>	Waren oder sind Sie drogenabhängig?	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma / COPD)	<input type="radio"/>	Trinken Sie Alkohol	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig	

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche: _____

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Sonstige Krankheiten?

HNO-Historie

Für die kieferorthopädische Behandlung benötigen wir folgende Angaben:

Polypen entfernt

Mandeln entfernt

Vermehrt Atmung durch Nase Mund gemischt

Daumenlutschen

bis zum _____ Lebensjahr

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, etwaige Änderungen meiner Angaben mitzuteilen.

Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Vorschriften des nationalen Datenschutzes, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)