



Anamnesebogen für Patienten

\$\$DATUM-AKTUELL\$\$

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir bitten Sie uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. **Diese Informationen unterliegen selbstverständlich, wie alle Ihre Daten, der ärztlichen Schweigepflicht!**

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Für Neupatienten: Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung Telefonbuch Internet Überweisung Sonstiges

Ihre telefonische Erreichbarkeit: _____

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an ...

Herz oder Kreislauf	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lunge	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blut	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leber	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nieren	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen und/oder Darm	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenken (Rheuma)	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben oder hatten Sie jemals ...

hohen Blutdruck	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
niedrigen Blutdruck	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hepatitis	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Grünen Star	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zahnfleischbluten	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie zu Ohnmacht?	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie zu Blutungen?	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis)	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wo?

Ja Nein

Hausarzt mit Telefonnummer:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Bekommen Sie Infusionen? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, weshalb?

Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, an welchen?

Ja Nein

Wichtige Bemerkungen:

Rauchen Sie täglich (wichtig für Operationen!), wenn ja, wie viel täglich? :

Wünschen Sie über vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja Nein

Sollte im Rahmen eines operativen Eingriffs eine Sedierung (reduziertes Bewusstsein bei spontaner und unabhängiger Atmung unter Erhalt des Schluckreflexes und der Reaktionen auf externe und verbale Stimulation durch intravenöse Medikamentenzureichung) oder eine Implantation bzw. ein Knochenaufbau (Einbringen von künstlichen Zahnwurzeln, Osteosynthesematerial, Barrieremembranen zur gesteuerten Geweberegeneration usw.) durchgeführt werden, lesen und ergänzen Sie bitte neben der OP-Aufklärung auch die entsprechenden Aufklärungsbögen und geben Sie uns diese vor der Terminvereinbarung unterschrieben zurück.

Um Ihnen eine dauerhafte, nachhaltige Therapie zu ermöglichen, führen wir ein Bestellsystem. Nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 48 Arbeitstagestunden vorher abgesagt wurden, lösen die Berechnung eines Ausfallhonorars laut BGB II §615 aus, da Ärzte, Personal, Technik und Material von der Praxis für Sie vorgehalten wurden. Beweisfähige adäquate Entschuldigungen (z.B. traumatische oder akut krankhafte Ereignisse, keine beruflichen kurzfristigen Verpflichtungen) entbinden von dieser Berechnung.

Unterschrift:
