

Patientenanamnesebogen

Vor- und Nachname

Geburtsdatum und Ort

Straße, Nr.

Ort, Postleitzahl

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail

Beruf

Hausarzt

- **Wie möchten Sie die Terminbestätigung?** per E-mail per Telefon
- **Sind Sie Privat versichert?** ja, bei _____
- **Privatpatienten → Basistarifversichert?** ja nein

Versicherter/ Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vertreter (falls anders wie oben angegeben)

Vor- und Nachname

Straße, Nr.

Ort, Postleitzahl

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

- Mein Gesundheitszustand seit der letzten Behandlung ist unverändert ja nein
- Ich bin schwanger ja nein

- Ich leide an folgenden Krankheiten:

- Allergien/ Unverträglichkeiten, wenn ja welche? _____
- Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma) Diabetes mellitus (Zucker)
- Leber/- oder Nierenerkrankungen Drogenabhängigkeit
- Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle) Herzerkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen Gemütsleiden, Depressionen
- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis A/B/C, HIV) Tumorerkrankungen
- Bluterkrankungen/ Blutgerinnungsstörungen Erkrankungen des Skelettsystems
- Schilddrüsenerkrankungen Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

- Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein (z.B. ASS, Marcumar, Bluthochdruck, Schmerzmittel)
Wenn ja, welche? _____

- **Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?** ja nein

- **Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?** keine ___ pro Tag

• **Der Grund Ihres Besuches ist:**

- Kontrolluntersuchung knirschen
- Zahnschmerzen Mundgeruch
- Migräne-Kopf- oder Nackenschmerzen Zahnfleischbluten
- Kiefergelenksbeschwerden

Ich wurde darüber informiert, dass Terminabsagen bis mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin nicht kostenpflichtig sind.
Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlung auftreten, umgehend mitzuteilen.
Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden, die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift