

Anamnesebogen (Gesundheitsfragebogen)

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin.

um eine komplikationslose Behandlung ermöglichen zu können, bitten wir Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen zu beantworten. Bitte überprüfen Sie die unten stehenden Angaben und ergänzen oder verändern Sie diese bei Bedarf.

Name:	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	mitglied sind, wer ist der Versicherte und soll
Geburtsdatum:	die Rechnung erhalten?
Geburtsort:	
Adresse:	
	Name: _____
Tel. Privat:	Vorname: _____
Beruf:	Geburtsdatum: _____
Arbeitgeber, Ort:	Adresse: _____

Tel. Arbeitsplatz:	
Email:	
Krankenkasse:	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pflichtversichert: ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>	Dienstes? ja <input type="radio"/> / nein <input type="radio"/>
	Basistarif versichert? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Unsere Praxis wurde empfohlen von:	_____

Wichtige Informationen:

Sofern die Behandlung in örtlicher Betäubung durchgeführt wird, birgt dies Risiken hinsichtlich einer Unverträglichkeit des Anästhetikums im Bereich der Einstichstelle und der Schädigung von Nerven in sich. Die Verkehrstüchtigkeit kann vorübergehend eingeschränkt sein.

Unser praxisinternes Bestellsystem bringt für Sie den Vorteil geringer Wartezeiten. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die Termine pünktlich einzuhalten. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies spätestens 24 Stunden vorher mit, ansonsten können Ihnen die Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden. Kommen Sie ohne Termin aufgrund von Schmerzen in meine Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

	ja	nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher o. künstliche Herzklappe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Blutgerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Schilddrüsenüber-/unterfunktion vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Lebererkrankung (Gelbsucht)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen grünen Star?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Asthma oder eine Erkrankung der Atemwege?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie HIV (AIDS) positiv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Hepatitis B?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Hepatitis C?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Allergien o. Unverträglichkeiten? (Latex, Pflaster, Medikamente, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

Besitzen Sie ein Röntgennachweiseft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne? _____		
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, in welcher Woche? _____		Woche
Möchten Sie an die jährlichen Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihre Daten (Kontaktdaten, Röntgenbilder, digitale Behandlungsunterlagen) werden elektronisch gespeichert. Dabei werden die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
 Ich verpflichte mich zur Einhaltung vereinbarter Termine, ansonsten können durch mich entstandene Ausfallzeiten laut § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

Herxheim, den

 Unterschrift