

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Willkommen in unserer Praxis. Wir bitten Sie, den vorliegenden
Anamnesebogen **vollständig** und **gut leserlich** auszufüllen und an der Anmeldung
abzugeben.

Vielen Dank!

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Erziehungsberechtigter: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Zahnarzt: _____

Kieferorthopäde: _____

Hausarzt: _____

Überweiser: _____

Versichert bei:

- Gesetzlich** _____
- Stationär Zusatzversicherung:** _____
- Implantat Zusatzversicherung:** _____
- Privat / Tarif** _____
- Beihilfe** _____

Unser Praxisteam ist bemüht, die Terminplanung nach Absprache mit unseren Patienten zu koordinieren um für Sie kurze Wartezeiten einrichten zu können. Dieser Service kann nur dann perfekt genutzt werden, wenn Termine eingehalten oder rechtzeitig umgebucht (24h im Voraus) werden. Wir nutzen die Kalendersoftware Doctolib für all unsere Patienten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (Röntgenbilder, Histologische Befunde etc.) an meine behandelnde Ärzte/Zahnärzte übermittelt werden dürfen (per Post, per Mail, per Telefon etc.). Diese Erklärung kann jederzeit ganz oder teilweise von Ihnen widerrufen werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich den vorliegenden Text verstanden und in der Krankengeschichte (Anamnese) alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Erlangen, den _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/in

Bitte wenden!!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Ja	Nein	Zusatzinformationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen: (Bitte Herz-Pass vorlegen, falls vorhanden!)			
Hoher Blutdruck (Hypertonie)			
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)			
Blutgerinnungsstörungen			
Herzerkrankungen/-defekt			
Herzschrittmacher			
Herz-OP (wenn ja, wann und welche)			
Infektionskrankheiten:			
HIV			
Hepatitis (wenn ja, welche)			
Tuberkulose			
Andere:			
Allergien/Unverträglichkeiten: (Bitte Allergie-Pass vorlegen!)			
Lokalanästhetika			
Schmerzmittel			
Antibiotika			
Andere:			
Weitere Erkrankungen:			
Atemwegserkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Rheuma			
Epilepsie			
Diabetes			
Nierenfunktionsstörung			
Tumorerkrankungen			
Chemotherapie/Bestrahlung:			
Andere			
Allgemeine Angaben:			
Raucher			
Würgereiz			
Angstpatient			
Konsumieren Sie vermehrt Alkohol?			
Konsumieren Sie vermehrt Drogen?			
Schwangerschaft (wenn ja, welche SSW)			
Röntgenaufnahmen Kiefer vorhanden			
Einverständniserklärung Röntgen (bei Pat. unter 18 Jahren)			
Einverständniserklärung Foto-Doku			
Regelmäßige Medikamente, wenn ja, welche (Bitte Medikamentenliste vorlegen!)			