

Anamnesebogen Erwachsene Dr. Racek

Patient:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Handynummer und Festnetznummer: _____

E-Mail: _____

gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung:

gesetzlich Versichert.

☐

Name der Versicherung: _____

Privat versichert

☐

Allgemeine Angaben

Hausarzt

Name: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Gesundheitsfragen:

Sind Sie Raucher? JA NEIN

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____

Haben Sie Allergien? JA NEIN

Welche? _____

Haben Sie Diabetes? JA NEIN

Typ 1 Typ 2

☐

Haben Sie
Nein

☐

Erkrankungen der Atemwege?

JA

Welche? _____

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen? JA Nein

Welche? _____

Haben Sie einen Herzklappenfehler/-ersatz? JA NEIN

Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck? JA NEIN

Leiden Sie an zu hohem Blutdruck? JA NEIN

Haben Sie Lebererkrankungen? JA NEIN

Haben Sie Nierenerkrankungen? JA NEIN

Haben Sie Osteoporose? JA NEIN

Leicht Mittel Schwer

Gesundheitsfragen:

Sind Sie Raucher? JA NEIN

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____

Haben Sie Allergien? JA NEIN

Welche? _____

Haben Sie Diabetes? JA NEIN

Typ 1 Typ 2

☐

Haben Sie
Nein

☐

Erkrankungen der Atemwege?

JA

Welche? _____

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen? JA Nein

Welche? _____

Haben Sie einen Herzklappenfehler/-ersatz? JA NEIN

Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck? JA NEIN

Leiden Sie an zu hohem Blutdruck? JA NEIN

Haben Sie Lebererkrankungen? JA NEIN

Haben Sie Nierenerkrankungen? JA NEIN

Haben Sie Osteoporose? JA NEIN

Leicht Mittel Schwer

Anamnesebogen Erwachsene Dr. Racek

Patient:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Handynummer und Festnetznummer: _____

E-Mail: _____

gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherung:

gesetzlich Versichert.

☐

Name der Versicherung: _____

Privat versichert

☐

Allgemeine Angaben

Hausarzt

Name: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen?	JA	NEIN
--	----	------

Unterfunktion	Überfunktion
---------------	--------------

Andere: _____

Haben Sie Tumorerkrankungen?	JA	NEIN
-------------------------------------	----	------

Nehmen Sie Medikamente ein?	JA	NEIN
------------------------------------	----	------

Welche? _____

Haben Sie Infektionskrankheiten?	JA	NEIN
---	----	------

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	JA	NEIN
--	----	------

Sind Sie schwanger?	JA	NEIN
----------------------------	----	------

In welchem Monat? _____

Haben Sie manchmal Schmerzen in Kiefergelenk?	JA	NEIN
--	----	------

Haben Sie manchmal verspannte Kaumuskulatur?	JA	NEIN
---	----	------

Bemerken Sie manchmal ein Knacken oder Reibegeräusch im Kiefergelenk?

JA

NEIN

Leiden Sie unter Behandlungsangst?	JA	NEIN
---	----	------

Informationen und Einwilligungen

Wie sind Sie auf meine Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?

Dürfen wir Sie über das Neueste aus unserer Praxis per Mail informieren?

JA

NEIN

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice, um Ihre nächste Kontrolluntersuchung nicht zu verpassen?

JA

NEIN

Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen zählen?

JA

NEIN

Ich bin darüber aufgeklärt, dass es bei Anästhesie zu Nervenverletzungen und Kreislaufbeeinträchtigungen kommen kann. Sollten Reaktionen wie Kreislauf-oder Atembeschwerden auftreten, werde ich dies dem Behandler unverzüglich mitteilen. Ihre Angaben werden bei uns elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls kann ein Ausfallhonorar nach § 615 BGB berechnet werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe.

JA

NEIN

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Informationen und Einwilligungen

Wie sind Sie auf meine Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?

Dürfen wir Sie über das Neueste aus unserer Praxis per Mail informieren?

JA

NEIN

Haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice, um Ihre nächste Kontrolluntersuchung nicht zu verpassen?

JA

NEIN

Wollen Sie über höherwertige Behandlungen informiert werden, die nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen zählen?

JA

NEIN

Ich bin darüber aufgeklärt, dass es bei Anästhesie zu Nervenverletzungen und Kreislaufbeeinträchtigungen kommen kann. Sollten Reaktionen wie Kreislauf- oder Atembeschwerden auftreten, werde ich dies dem Behandler unverzüglich mitteilen. Ihre Angaben werden bei uns elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu. Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls kann ein Ausfallhonorar nach § 615 BGB berechnet werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe.

JA

NEIN

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen? JA NEIN

Unterfunktion Überfunktion

Andere: _____

Haben Sie Tumorerkrankungen? JA NEIN

Nehmen Sie Medikamente ein? JA NEIN

Welche? _____

Haben Sie Infektionskrankheiten? JA NEIN

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? JA NEIN

Sind Sie schwanger? JA NEIN

In welchem Monat? _____

Haben Sie manchmal Schmerzen in Kiefergelenk? JA NEIN

Haben Sie manchmal verspannte Kaumuskulatur? JA NEIN

Bemerken Sie manchmal ein Knacken oder Reibegeräusch im Kiefergelenk?

JA

NEIN

Leiden Sie unter Behandlungsangst? JA NEIN