



Anamnesebogen

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxisklinik! Der Fragebogen hilft uns Sie besser kennenzulernen und den Praxisablauf zu erleichtern. Wir bitten Sie daher das Formular sorgfältig zu lesen und gewissenhaft zu beantworten. Sollten Sie bei der Beantwortung einzelner Punkte unsicher sein, sind wir Ihnen gerne behilflich. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

PERSÖNLICHE DATEN:

Name Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobil
E-Mail	Beruf	Arbeitgeber
Hausarzt	Telefon	Anschrift
Zahnarzt	Telefon	Anschrift

VERSICHERUNG:

- gesetzlich privat beihilfeberechtigt Basistarif Zusatzversicherung
 Selbstzahler Gesundheitskasse: _____

Sollten Patient und Versicherungsnehmer nicht übereinstimmen, ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben des Versicherungsnehmers:

Name Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße Hausnummer	PLZ	Ort
E-Mail	Telefon	Mobil

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung im Vorbeigehen Google Jameda Website
 Veranstaltung Überweisung Facebook Sonstiges: _____

Zu Ihrer Gesundheit und Wohlbefinden:

- Beratung Implantate Ästhetik Zweitmeinung Schmerzbehandlung
 Sonstiges: _____

UNSER SERVICE FÜR SIE:

Wünschen Sie vor vereinbarten Terminen eine Erinnerung? ja nein
Wenn ja, auf welchem Weg? per E-Mail per Telefon per SMS per WhatsApp

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? ja nein
Wenn ja, auf welchem Weg? per E-Mail per Telefon per SMS per WhatsApp

Dürfen wir Ihre Unterlagen und Röntgenbilder an den weiterbehandelnden
Arzt/ Zahnarzt oder Ihre Versicherung übersenden? ja nein

ALLGEMEINE ANAMNESE:

Leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen oder trifft einer der folgenden Punkte auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

Herz | Kreislauf

- Herzfehler|Herzschwäche
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Herzoperation (Stent, Herzschrittmacher usw.)
- Bluthochdruck
- Rhythmusstörungen
- Endokarditisprophylaxe

Infektionskrankheiten

- Hepatitis A B C
- Tuberkulose
- AIDS | HIV
- Krankenhauskeime (z.B. MRSA)
- Creutzfeldt-Jakob Varianten
- COVID-19 (Coronavirus)

Allergien

- Latex
- Medikamente
 - Clindamycin
 - Penicillin (Amoxicillin, Megacillin, etc.)
- Metalle

Sonstige: _____

Sonstige: _____

Knochen

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie aktuell mit Bisphosphonaten und/oder Denosomab behandelt?

- ja nein

Wenn ja, mit welchem Medikament?

Sonstige Erkrankungen

- Magen-Darmerkrankungen
- Leber-Nierenerkrankungen
- Diabetes
- Schilddrüsenveränderungen
- Operationen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

- Tumorerkrankungen

Welche? _____

- Chemotherapie
- Gerinnungsstörung
- Glaukom | Grüner Star
- Atemwegs-/Lungenerkrankung
- Asthma
- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Schlaganfall
- Immunsuppression
- Weitere: _____

Medikamenteneinnahme

- Antibabypille
- Schmerzmittel
- Antidiabetika
- Blutgerinnungshemmende Medikamente
(z.B. Aspirin, Marcumar, Plavix, Xarelto etc.)

- Sonstige: _____

- Sonstige: _____

- Sonstige: _____

- Sonstige: _____

- Sonstige: _____

- Sonstige: _____

- Sonstige: _____

- Sonstige: _____

Skelettsystem

- Gelenkerkrankungen
- Rheuma
- Osteoporose
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

Sind Sie schwanger?

- ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie?

- ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Konsumieren Sie übermäßig Alkohol?

- ja nein

Konsumieren Sie Drogen?

- ja nein

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Ihr Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie daher um Ihre rechtzeitige Benachrichtigung mindestens **24 Stunden** im Voraus. Das gibt uns die Chance ihren Termin anderweitig anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und stimmen der Speicherung der personenbezogenen Daten ausdrücklich zu. Sie verpflichten sich dazu, Änderungen der Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Ort | Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in