

ZAHNARZTPRAXIS

ROBERT EISENSCHINK & TEAM
ALTÖTTINGER STR. 6
84524 NEUÖTTING

ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. Ihren Angehörigen in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis gemäß dem Merkblatt „Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO“ ein. Das Merkblatt liegt zur Einsicht im Wartebereich aus und auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____

Gesetzlich: Privat: Versicherung (nur bei gesetzlich bitte angeben): _____

Mein Hausarzt(Name, Telefon): _____

Ihr Hauptanliegen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Herzerkrankung/Kreislaufkrankung: | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Bypass/Stent/Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | Osteoporose | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (AIDS, HIV) | <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung (z. B. Asthma) | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Jakob-Kreuzfeld-Syndrom | <input type="checkbox"/> | MRSA Virus | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A, B oder C | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft: | <input type="checkbox"/> | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Stufe: _____ | |
| Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | Befinden Sie sich in der Wiedereingliederung? <input type="checkbox"/> | |
| Allergie/Allergiepass | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ | |
| Nehmen Sie Medikamente? | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ | |
| Medikamentenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ | |
| Organtransplantationen? | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ | |
| Sonstige Erkrankungen: | _____ | | |

Bestellpraxis:

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie rechtzeitig abzusagen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Sie hatten ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichten sich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Wichtig: Durch Injektionen (Spritzen), sowie durch Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel kann Ihre Reaktionsfähigkeit/Verkehrstauglichkeit beeinträchtigt oder herabgesetzt sein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten