

ZAHNÄRZTE

ROBERT EISENSCHINK
DR. REINER STIEGLBAUER
ALTÖTTINGER STR. 6
84524 NEUÖTTING

ANAMNESEBOGEN

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem
allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der
ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. am: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Gesetzlich: Privat:

Versicherung (nur bei gesetzlich bitte angeben): _____

Mein Hausarzt (Name Adresse 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"/> | Letzte Röntgenaufnahme vom Kiefer: _____ |
| 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 meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich 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