

Anamnesebogen

Am Steinkreuz 13, 59590 Geseke
Tel.: 02942 6409
info@praxis-menne.de



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Anliegen kümmern, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name _____ Vorname _____ geb. am _____
Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____
Telefon Festnetz _____ Telefon Mobil _____
E-Mail-Adresse _____
Zahnzusatzversicherung _____ Hausarzt _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Herzkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma/Autoimmunerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebs/Tumorleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Künstliches Gelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bestehen sonstige Erkrankungen?	ja	nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wogegen? _____		
	ja	nein
Wurden Sie in den letzten 24 Monaten im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____		
Sind Sie schwanger? In welchem Monat _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit.

Im Rahmen einer Lokalanästhesie ist die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Die Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten habe ich gelesen.

Datum

Unterschrift

Terminerinnerung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Nachsorge-Termin zur Untersuchung und / oder Behandlung. Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Praxisinhaber. Ich habe das Recht, mich bei meiner zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Terminerinnerung via

Post

E-Mail

Telefon

Datum

Unterschrift