

Anamnesebogen zur Aktualisierung

Zu Ihrer Person:

Vorname

Nachname

Geburtstag

Straße, Nr.

PLZ Wohnort

Beruf

Arbeitgeber

Telefon privat

Telefon berufl.

Mobil

E-Mail

Hausarzt (Vor- und Zuname)

Liegt ein Pflegegrad §15 SGB V/ Eingliederungshilfe § 53 SGB XII vor?

Wenn ja, welcher?

Gesetzlich versicherte Patienten: Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Neuaufnahme in unser Erinnerungssystem (Recall/Termine):

Bestehendes Erinnerungssystem beibehalten (Recall/Termine):

Wie dürfen wir Sie erinnern (Recall/Termine)? Bitte auswählen:

.....

Sehr verehrter Patient!

Wir möchten Ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Termin innerhalb eines bestimmten Zeitraumes durchführen. Wir bitten Sie deshalb, Ihre Termine einzuhalten und nur in dringenden Fällen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Vielen Dank!

.....

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Einnahme von Medikamenten? Welche?

Bitte eintragen oder Medikamentenplan vorlegen!

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

(z.B. Herzschrittmacher, bakterielle Endokarditis, Herzklappenersatz, angeborene oder erworbene Herzfehler/ Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörung, koronare Herzkrankheit, ...)

Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation?

Künstlicher Bluter (z.B. Xarelto, Lixiana, ASS, Efient, Eliquis, Pradaxa, Plavix, Brilique, Iscover, ...)

Haben Sie eine Schilddrüsenunter- oder überfunktion?

Allergien? Unverträglichkeiten ?

Wenn ja, welche Art?

(z.B. Heuschnupfen, Medikamente)

- Sind bei früheren zahnärztlichen Behandlungen Unverträglichkeiten aufgetreten?
- bitte Allergiepass vorlegen!

Diabetes

Nierenerkrankung

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)

Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)

Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welche?

Haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate erhalten?
(bei Osteoporose, Knochenkrebs)

Infektionserkrankung
(z.B. Hepatitis, Gelbsucht, AIDS, ...)

Nervenerkrankung (z.B. Depressionen)

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich?

Drogenkonsum? Wann? Welche Droge?

Besteht eine Schwangerschaft?

Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?

Datenschutz

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Die Datenschutzverordnung der Praxis kann auf Wunsch eingesehen werden.

Datum

Bitte speichern Sie dieses PDF-Formular auf Ihrem Computer, füllen es aus und senden es anschließend per E-Mail an kontakt@beierlein-zahn.de.