

Anamnesebogen für Pflegebedürftige

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit Ihres Angehörigen anvertrauen wollen!

Im Interesse der Behandlung Ihres Angehörigen bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir gerne. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen an Ihren Aussagen, bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen.

Wir bedanken uns für Ihre Bemühung.

Zu Ihrer Person:

Vorname Nachname

Geburtstag

Straße, Nr.

PLZ Wohnort

Pflegeheim Etage/Wohnber.

Telefon privat Mobil

Hausarzt (Vor- und Zuname)

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

Wenn ja, welcher?

Betreuer / Bevollmächtigter / Ansprechpartner:

Vorname Nachname

Geburtstag

Straße, Nr.

PLZ Wohnort

Telefon privat Telefon berufl.

Mobil

Unterzeichnungsberechtigt

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)

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.