



Anamnesebogen

Nr. _____

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail

Krankenkasse

Versicherung: Gesetzlich Privat

Beihilfeberechtigt Basistarif versichert

Falls Sie familienversichert sind: Wer ist der Hauptversicherte?

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Hausarzt / Hausärztin

Praxis

Arzt / Ärztin

Zahnarzt / Zahnärztin

Praxis

Arzt / Ärztin

Abrechnung

Liegt uns Ihre elektronische Gesundheitskarte innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient. Privatpatienten erhalten die Rechnung über eine Abrechnungsgesellschaft, die Health AG.

Ich habe die Abrechnungsbestimmungen gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datenschutz

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Die erhobenen Daten werden in unserer praxisinternen Datenbank gespeichert und nur mit Ihrer schriftlichen Erlaubnis an Dritte weitergegeben.

Ich habe den Hinweis zum Datenschutz gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass die erhobenen Daten elektronisch verarbeitet, gespeichert und etwaige Röntgenbilder auf elektronischem Wege an den weiterbehandelnden Arzt versendet werden.

Hinweise zur Verkehrsuntüchtigkeit nach ärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass die Verkehrstüchtigkeit nach einem chirurgischen Eingriff unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt ist. Dies kann sowohl durch die Behandlung als auch durch Medikamente hervorgerufen werden.

Ich habe den Hinweis zur Verkehrsuntüchtigkeit gelesen und zur Kenntnis genommen.

Bitte wenden

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | | |
|-----------------------|---|---------------------------|---|
| Kreislauf | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Lunge (Asthma) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Leber | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Nieren | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Nerven | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Osteoporose | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Krampfanfälle (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Grauer Star (Katarakt) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Krebs | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn ja, welche Krebsart? _____

Bekamen oder bekommen Sie eine Chemotherapie? _____

Haben oder hatten Sie Infektionskrankheiten? Ja Nein

- Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Tuberkulose HIV + (Aids)

Haben Sie eine dieser Herz-Kreislauf-Erkrankung? Ja Nein

- Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck Stents Bypass
 Herzschrittmacher Künstliche Herzklappe Herzklappenentzündung Herzinfarkt
 Angina Pectoris Andere: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

- Herz-Medikamente Kortison Bisphosphonate Rheuma-Medikamente
 Schmerzmittel Antidepressiva Blutverdünnender Anti-Allergikum

Wenn ja, wogegen und in welcher Menge? _____

Andere Medikamente: _____

- Medikamente, s. beigefügte Medikamentenliste Medikamentenliste wird nachgereicht

Haben Sie jemals auf Medikamente oder Spritzen reagiert?

Allergische Reaktion Ja Nein Wenn ja, gegen was? _____

Unverträglichkeit Ja Nein Wenn ja, gegen was? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten / Tag? _____

Haben Sie Zahnfleischbluten? Ja Nein Neigen Sie zu Nachblutungen? Ja Nein

Knirschen Sie? Ja Nein Haben Sie Ohrensausen (Tinnitus)? Ja Nein

Schmerzt Ihr Kiefergelenk? Ja Nein Wenn ja, welche Beschwerden? _____

Haben Sie eine Gelenkprothese? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, welche Woche? _____

Sind Sie von Alkohol abhängig? Ja Nein Sind Sie von Drogen abhängig? Ja Nein

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Angaben.

Ort Datum Unterschrift

Einverständniserklärung für die Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung – außer bei akuter Schmerzbehandlung – die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort Datum Unterschrift