

Anamnesebogen (bitte vollständig ausfüllen)

Name _____ m w Geburtsdatum _____
 Strasse _____ (*freiwillige Angaben)*Geburtsort _____
 PLZ / Ort _____ *eMail _____
 Telefon _____ *Tel. (Büro) _____
 Mobil _____ *Beruf _____
 Krankenkasse _____ *Arbeitgeber _____

Gesetzlich versichert Zahnzusatzversicherung **Privat versichert** Beihilfeberechtigt

Überweisender Zahnarzt – Name, Ort _____

Hausarzt - Name, Ort _____

Entbindung der Schweigepflicht für die Weitergabe von personenbezogenen Daten / Unterlagen:

Dürfen wir Ihre Unterlagen (z.B. Befunde, Arztbriefe, Röntgenbilder) an den o.g. Hauszahnarzt bzw. Hausarzt übermitteln? ja nein

Dürfen wir Ihre Unterlagen (z.B. Abformungen) und an eines unserer Partner-Labore schicken? (z.B. Ridder Dentaltechnik GmbH, Eutiner Zahntechnik, Flemming Dental) ja nein

Dürfen wir ggf. Gewebeproben an das Labor der Pathologie Hamburg-West schicken? ja nein

Besteht eine geistige oder körperliche Behinderung ? ja nein

Gesetzlicher Betreuer - Name, Tel. _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?

ja nein

Falls Sie mit JA antworten:
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1 Allergien / Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 1.1 Allergie gegen Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 1.2 Allergie gegen Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 1.3 Allergie gegen Antibiotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2 Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3 Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4 Diabetes (welcher Typ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5 Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5.1. Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6 Grüner Star (erhöhter Augendruck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.1 Herzinsuffizienz/-schwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.2 Angina pectoris | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.3 Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.4 Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.5 Stent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.6 Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.7 Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.8 Herzklappenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.9 Erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.10 Verminderter Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7.11 Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8 Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9 Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Falls Sie mit JA antworten:
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

	Ja	nein	
10 Infektionskrankheiten (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10.1. Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10.2. HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10.3. Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15 Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Weitere Fragen			
16 Frühere Operationen? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17 Schwangerschaft ? / Stillzeit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18 Nehmen Sie Medikamente? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19 Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20 Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21 Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22 Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmässig
23 Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24 Frühere Röntgenuntersuchung der Zähne? (Wann)			_____
25 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?			_____

Befinden Sie sich dauerhaft in ärztlicher Behandlung?

Name und Anschrift des Arztes _____

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (§6 DSGVO) und werden daher streng vertraulich behandelt.

- Der Speicherung meiner persönlichen Daten für medizinische Zwecke stimme ich zu.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen kann.
- Ich bin über die Datenschutzerklärung (auf dem Tresen, im Wartezimmer, Internet) informiert worden.
- Ich verpflichte mich, die Praxis am Bahnhof umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Bei der Praxis am Bahnhof handelt es sich um eine reine Bestellpraxis, in der mit längeren Terminvorläufen gearbeitet und Termine exklusiv vergeben werden. Kurzfristig abgesagte Termine können in der Regel nicht neu vergeben werden, so dass verbindliche Terminvereinbarungen notwendig sind.

Bitte sagen Sie Ihren Termin deshalb bei Verhinderung mindestens 24 Stunden vorher ab !

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger
bzw. Erziehungsberechtigter / gesetzl. Betreuer