O – Praxis – Formulare – Anamnese – Anamnese-Erwachsener

##### **Praxis für Zahnheilkunde**

##### **Michaela Lindner**

|  |
| --- |
| **Patienten-Fragebogen**(bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben) |
| lineh1 |
| Nachname, Vorname (Patient) | Geburtsdatum, Geschlecht: kasten m  kasten w |
| lineh1 |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |
| lineh1 |
| Telefon (privat / mobil) | Telefon (geschäftlich) |
| lineh1 |
| E-Mail | Beruf |
| lineh1 |
| Name der Versicherung / Krankenkasse |
|  |  |
| kasten Ich bin im Privatversicherungs-Standardtarif versichert | kasten Ich bin beihilfeberechtigt |
| kasten Ich habe eine Zusatzversicherunglineh1 |
|  |
|  |
| lineh1 |
| Hausarzt - Name, Adresse, Telefon |
| **Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**lineh1 |
| Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) | Geburtsdatum |
| lineh1 |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Ort |
| **Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger/ Betreuter**Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist eine Betreuung bestellt, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten/Betreuer notwendig: |
| lineh1 |
| Datum | Erziehungsberechtigter |
| **Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:** |
| **Gesundheitszustand** | **Bitte ankreuzen** | **Zusätzliche Informationen** |
| **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** |
| Hoher Blutdruck (Hypertonie) | kasten Ja kasten Nein |  |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | kasten Ja kasten Nein |  |
| Herzklappenerkrankung/-defekt | kasten Ja kasten Nein |  |
| Herzerkrankung | kasten Ja kasten Nein |  |
| Herzoperation  | kasten Ja kasten Nein |  |
| Herzschrittmacher | kasten Ja kasten Nein |  |
| lineh1 |
| **Infektionserkrankungen:** |
| HIV | kasten Ja kasten Nein |  |
| Hepatitis | kasten Ja kasten Nein |  |
| Tuberkulose | kasten Ja kasten Nein | **Bitte wenden**  |
| andere: |
| **Allergien / Unverträglichkeiten:** |
| Lokalanästhetika | kasten Ja kasten Nein |  |
| Schmerzmittel | kasten Ja kasten Nein |  |
| Antibiotika | kasten Ja kasten Nein |  |
| andere: |
| lineh1 |
| **Weitere Erkrankungen:** |
| Blutgerinnungsstörungen | kasten Ja kasten Nein |  |
| Asthma | kasten Ja kasten Nein |  |
| Lungenerkrankung | kasten Ja kasten Nein |  |
| Schilddrüsenerkrankung | kasten Ja kasten Nein |  |
| Rheuma | kasten Ja kasten Nein |  |
| Epilepsie | kasten Ja kasten Nein |  |
| Diabetes | kasten Ja kasten Nein |  |
| Nierenfunktionsstörungen | kasten Ja kasten Nein |  |
| Ohnmachtsneigung | kasten Ja kasten Nein |  |
| andere: |
| lineh1 |
| **Allgemeine Angaben:** |
| Drogenkonsum | kasten Ja kasten Nein |  |
| Alkoholgenuss | kasten Ja kasten Nein | Wenn ja, kastenselten kasten oft kasten regelmäßig |
| Raucher | kasten Ja kasten Nein | Wenn ja, kasten0-10 kasten über 10 Zig./Tag |
|  |  |  |
| Regelmäßige Medikamente | kasten Ja kasten Nein | Wenn ja, seit wann / Name: |
| Frühere Röntgenuntersuchung | kasten Ja kasten Nein | Wenn ja, Datum / Körperteile: |
| Schwangerschaft | kasten Ja kasten Nein | Wenn ja, welcher Mona/Woche t: |
| lineh1 |
| Wie wurden Sie auf unserePraxis aufmerksam? |
| lineh1 |
| ***Wichtige Informationen:***

|  |  |
| --- | --- |
| punkt_1 | Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. |
| punkt_1 | Ich stimme der Weitergabe der persönlichen Daten an einen Vertreter oder Mitbehandler zu. |
| punkt_1 | Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. |
| punkt_1 | Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. |
| punkt_1 | Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten ***Informationen*** gelesen und verstanden habe. |

lineh1 |
| Datum | Unterschriften Patient /Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter |