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 unsere Praxis 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 | | | |