

Anamnesebogen

Patient

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Wohnort
Tel. privat	Tel. dienstlich		Beruf
Überweisender Arzt	Abweichend Hausarzt/Hauszahnarzt	Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> Privatversicherung		<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung			

Versicherter nur ausfüllen, wenn der Patient nicht selbst versichert ist

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße		PLZ	Ort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

	ja	nein		ja	nein
1. Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen z.B. ASS (<i>Aspirin, Godamed, ASS</i>) Clopidogrel (<i>Plavix, Iscover</i>), Prasugrel (<i>Efient</i>), Ticlopidin (<i>Tiklyd</i>), Ticagrelor (<i>Brilique</i>) Marcumar, Coumadin, Sintrom, Dabigatran (<i>Pradaxa</i>), Apixaban (<i>Eliquis</i>), Rivaroxaban (<i>Xarelto</i>), Endoxaban (<i>Lixiana</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen oder Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis/ AIDS)? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nehmen Sie Medikamente ein/ Infusionen? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Wurde bei Ihnen wegen eines Tumors eine Bestrahlung im Kieferbereich durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Herzpaß? ausgestellt von: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Wann wurde Ihr Kiefer/ Zahn zum letzten Mal geröntgt? Datum (ungefähr): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?			11. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Sonstige Erkrankungen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Lebererkrankungen/Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Osteoporose/Knochenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Bitte beachten! Betäubungsmittel (Injektionen) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum/ Unterschrift

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

im Rahmen der neuen europäischen Datenschutzgrundverordnung Art. 13 DSGVO sind wir verpflichtet, Ihnen folgendes mitzuteilen:

Die Daten, die wir von Ihnen erheben, werden elektronisch gespeichert.

In unserer Praxis haben alle ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeiter Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Im Laufe der Behandlung kommt es immer wieder vor, dass zahnärztliche Stellen, Haus-, Zahn- und Fachärzte, Krankenhäuser, MDK, Apotheke, Pflegedienste /-heime und Berufsgenossenschaften personenbezogene Daten, Medikationen, Befundberichte oder Röntgenbilder von uns benötigen.

Damit diese auf Anfrage die Daten von uns erhalten dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Nur wenn uns dies vorliegt, werden diese Daten weitergeleitet.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bamberg,

Datum	Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
-------	---

Liebe Patientinnen und Patienten, wegen der Corona Virus –Situation muss ich Ihnen ein paar kurze Fragen stellen:

Ist bei Ihnen in den letzten Tagen getestet worden, ob Sie mit dem Coronavirus infiziert sind?

- nein ja: **wie fiel das Testergebnis aus** negativ, also Infektion liegt nicht vor
 positiv, also Infektion liegt vor

Befinden Sie sich in behördlich angeordneter Quarantäne oder hatten Sie in den letzten zwei Wochen engen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem Coronavirus bestätigt ist?

- nein ja

- Haben Sie im Moment** Husten
 Fieber?
 Schnupfen?
 Halsschmerzen?

Ergebnis: Coronavirus-Infektion oder Verdachtsfall?

- nein ja

1. Unterschrift für den ersten Besuch in der Praxis _____
2. Unterschrift für den zweiten Besuch in der Praxis _____
3. Unterschrift für den dritten Besuch in der Praxis _____