

## Herzlich Willkommen in unserer Praxisklinik

für eine sichere und komplikationslose medizinische Behandlung benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Füllen Sie zu diesem Zweck den Anamnesebogen gewissenhaft aus, da allgemeine Erkrankungen und Medikamente Auswirkungen auf die Behandlung haben können. Auch etwaige Kontaktadressen und Telefonnummern von Ihren Fachärzten können von Bedeutung sein. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient / Versicherter

Name:	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Handy	Telefon	e-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe
privater Basistarif	<input type="checkbox"/> FSJ	<input type="checkbox"/> Bundeswehr

Falls Sie familienversichert sind, wer ist Ihr Versicherungsnehmer

Name:	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit

Von wem wurden Sie überwiesen / empfohlen?

<b>Zahnarzt</b>	Kieferorthopäde	Sonstige
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt (ggf. Adresse)	<input type="text"/>	
ggf. behandelnder Facharzt (ggf. Adresse)	<input type="text"/>	

bitte wenden



Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, weshalb ?

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

**Allergien / Arzneimittelüberempfindlichkeiten**  ja  nein

Wenn ja welche

**Erkrankungen von Herz und Kreislauf**

(z.B. Herzklappenfehler, Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Endokarditis, Herzoperation, Z.n. Herzinfarkt...)

ja  nein

**Stoffwechselerkrankungen / Innere Erkrankungen**

(z.B. Diabetes mellitus, Nieren-, Magen-, Darmerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Rheuma...)

ja  nein

**Blutgerinnungsstörungen**

welche

ja  nein

**Immunsuppression**

(z.B. Immunsuppressiva , Kortisontherapie, Z.n. Transplantation...)

ja  nein

**Tumorerkrankungen**

(z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs, Multiples Myelom...)

insbesondere mit Knochenmetastasen, auch frühere Erkrankungen?

ja  nein

**Osteoporose**

ja  nein

**Infektiöse Erkrankungen**

(z.B. Tbc, Hepatitis, HIV, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit...)

ja  nein

**Sonstige Erkrankungen**

ja  nein

**Besteht eine Schwangerschaft**

ja  nein

**Rauchen Sie?**

ja  nein

Gemäß Artikel 13 der DSGVO muss eine Information über den Datenschutz erfolgen. Unsere Datenschutzrichtlinien können an der Rezeption eingesehen werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass für Ihre Behandlung relevante medizinische Daten mit anderen behandelnden Ärzten ausgetauscht werden dürfen.