

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?

Zahnarzt	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...)

ja nein

insbesondere mit Knochenmetastasen, auch frühere Erkrankungen?

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.