

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen und eine optimale Organisation zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Falls Sie sich über eine Antwort noch nicht im Klaren sind, klären wir das gern in einem persönlichen Gespräch. Bitte sprechen Sie uns an.
Vielen Dank!

Persönliche Angaben

_____ Nachname, Vorname (Patient)	_____ Geburtsdatum	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w
_____ Straße/Haus-Nr.	_____ Telefon privat	
_____ PLZ, Stadt	_____ Telefon mobil / geschäftlich	
_____ Beruf	_____ Arbeitgeber	_____ E-Mail
_____ Name der Versicherung / Krankenkasse	<input type="radio"/> Privat versichert	<input type="radio"/> Beihilfeberechtigt
_____ Hausarzt (Name, Adresse, Telefon)	<input type="radio"/> Abschluss eines besonderen Tarifs	
Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:	_____ Tarif	<input type="radio"/> Zusatzversicherung _____
_____ Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	_____ Geburtsdatum	
_____ Straße/Haus-Nr.	_____ PLZ, Ort	

Allgemeinmedizinische Anamnese

- Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, warum? _____
Wenn ja, welche? _____
Antidepressiva (wichtig für chirurgische Eingriffe) Ja Nein
Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin) Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Biphosphonate im Rahmen einer Osteoporosetherapie Ja Nein
- Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
- Bluten Sie lange nach einer Verletzung? Ja Nein
- Herzerkrankungen, Kreislaufstörungen? Ja Nein
(z.B. Hyper-, Hypotonie, Endokarditis, Herzkappenersatz, Infektionen)
- Benötigen Sie vor Eingriffen eine Antibiotikaphylaxe? Ja Nein
- Infektiöse Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, AIDS, HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Allergien? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Allgemeinmedizinische Anamnese

8. Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? Ja Nein
(z. B. Jod, Penicillin etc.)? Welche?
9. Asthma Heuschnupfen
10. Rheumatische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen? Ja Nein
11. Leiden Sie an Lebererkrankungen? Typ A Typ B Typ C Nein
12. Diabetes (Zuckerkrankheit)? Wenn ja, Typ ____ Tabletten Spritzen diätisch Nein
13. Atemwegserkrankungen? Ja Nein
14. Nierenerkrankungen? Ja Nein
15. Schilddrüsenerkrankungen? Überfunktion Unterfunktion Ja Nein
16. Epileptische Anfälle? Ja Nein
17. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____
18. Trinken Sie Alkohol? Nie Gelegentlich Häufig Täglich
19. Nehmen Sie Drogen? Ja Nein
20. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? _____ Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein
21. Haben Sie Schmerzen oder ein Spannungsgefühl im Kiefergelenk oder Gesichtsbereich? Ja Nein
22. Haben Sie häufig Kopfschmerzen? Ja Nein
23. Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen? Ja Nein
24. Wurden Sie überwiesen? Wenn ja, von wem? _____ Ja Nein
25. Sonstiges/Besonderheiten?: _____ Ja Nein
- _____
- _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie an Ihre Kontrolltermine erinnert werden?

Ja Nein

- Nach einer Anästhesie kann die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt sein.
- **Wir behalten uns vor, für fest reservierte Termine, die ohne Absage (weniger als 24 Stunden) nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 50 Euro je angefangene halbe Stunde zu berechnen.**
- Änderungen Ihrer Daten und Ihres Gesundheitszustandes geben Sie bitte unverzüglich an uns weiter.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Kiel, den

Unterschrift _____