

ANAMNESEBOGEN

Praxisgemeinschaft

DR. HÖCKL  DR. MIEHE

Oralchirurgie • Endodontie

PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße

PLZ / Ort

E-Mail privat

TELEFONNUMMERN

Privat

Mobil

Geschäftlich

Beruf

Arbeitgeber, Ort

WER IST HAUPTVERSICHERTER?

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

WER SOLL DIE RECHNUNG ERHALTEN?

KRANKENKASSE / -VERSICHERUNG

gesetzlich versichert zusatzversichert
 privat versichert beihilferechtigt

Name der Überweiserpraxis

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

um eine professionelle Beratung und Behandlung in jeder Situation sicherstellen zu können, bitten wir Sie, uns nachfolgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau zu beantworten. Falls sich Änderungen während des Behandlungszeitraums ergeben sollten, teilen Sie uns diese bitte umgehend mit. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

BESTEHT ODER BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

	Ja	Nein	Ergänzende Angaben
ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN			
Lokalanästhetika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN			
Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

ANAMNESEBOGEN

BESTEHT ODER BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

	Ja	Nein	Ergänzende Angaben
INFEKTIONSKRANKHEITEN			
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
WEITERE ERKRANKUNGEN			
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ALLGEMEINE ANGABEN			
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ja, in der wievielten Woche?			

GIBT ES ETWAS, DAS WIR FÜR IHR WOHLBEFINDEN TUN KÖNNEN?

Ich möchte gerne an meine Termine erinnert werden. telefonisch per SMS per E-Mail

Durch unser Terminsystem entstehen in der Regel keine oder nur kurze Wartezeiten. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens zwei Werktage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Andernfalls können wir Ihnen die Kosten des ausgefallenen Termins in Rechnung stellen, soweit kein Ersatzpatient einbestellt werden konnte.

Nach den Vorgaben der Krankenkassen muss die elektronische Gesundheitskarte bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. In Ausnahmefällen kann diese innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden, ansonsten erklären Sie sich damit einverstanden, dass eine Privatliquidation erfolgt.

Ich bestätige, die oben genannten Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und erkläre mich mit Vorstehendem einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter