



**Anmelde- und Anamnesebogen:**

<b>Patient: Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum/ Geburtsort</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	<b>Plz, Ort</b>	<b>Telefon/Handy</b>	<b>email-Adresse</b>
Versicherter: _____		Geburtsdatum: _____	
Arbeitgeber: _____		Telefonnr: _____	

<b>Hausarzt:</b>	<b>Name</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefonnr.</b>
------------------	-------------	----------------	-------------------

**1.Anamnese: Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor ?**

		<b>JA</b>	<b>nein</b>
<b>Herzerkrankungen</b>	Herzschwäche (Insuffizienz).....		
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien).....		
	Herzasthma, Angina pectoris .....		
	Herzschrittmacher, Defibrillator .....		
	Herz Operation, Herzklappenersatz .....		
	Besitzen Sie einen Herzpass? (Endokarditisprophylaxe) falls, ja seit wann .....		
	<b>Kreislaufferkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck? <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck?	
Herzinfarkt, wann:.....			
Ohnmachtsanfälle.....			
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes)		
	Magen- Darm- Erkrankung		
	Schilddrüsenerkrankung		
	Knochenstoffwechselstörung, Osteoporose		
<b>Nervensystem</b>	epileptiforme Anfälle, Krämpfe		
	Leiden Sie an Depressionen?		
<b>Bluterkrankungen</b>	Blutungsneigung (Hämophilie)		
	Blutarmut (Anämie)		
	Leukämie		
<b>Allergien</b>	Besitzen Sie einen Allergie- Pass? falls ja, empfindlich gegenüber: .....		
	Reagieren Sie empfindlich oder allergisch gegenüber Penicillin oder Antibiotika? Welche? .....		
	Asthma, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung		
	<b>Infektionskrankheiten</b>	Leberentzündung, Hepatitis A / B / C / E	
Tuberkulose			
HIV			
Sonstige: .....			
<b>Tumor Erkrankungen:</b>		Haben / hatten Sie eine Krebserkrankung? Wann? ..... Welche? .....	
	Haben / hatten Sie Krebstherapie? <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Bestrahlung Wann?.....		

→Bitte wenden und Rückseite ausfüllen.

**Sonstige Erkrankungen**

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen?

Wenn ja welche?.....

JA    nein

--	--

**2. Medikamente**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Falls, ja welche?.....

Einnahme gerinnungshemmender / blutverdünnender Medikamente .....

Haben / hatten Sie Bisphosphonat- Therapie ? (z.B. bei Osteoporose od. Tumorerkrankungen)

Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose (sog. Bisphosphonate) ein?

orale Gabe (Tabletten)     intravenös / Infusionen    seit wann?.....

JA    nein


**3. Weitere Angaben**

Essen/Trinken Sie häufig  zuckerhaltige und/oder  säurehaltige Mahlzeiten/Getränke?

Rauchen Sie? Wenn ja: seit wann und wie viel Zigaretten pro Tag: .....

Haben Sie früher geraucht? Wenn ja: Nichtraucher seit: .....

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Sind Sie schwanger oder könnte eine Schwangerschaft bestehen?

Sind Sie in letzter Zeit im Kieferbereich geröntgt worden? Wann?

Haben Sie einmal auf die zahnärztliche „Betäubung“ (Lokalanästhesie) ungewöhnlich reagiert?

Sind sie pflegebedürftig und haben eine Pflegestufe? Wenn ja welche :.....

JA    nein


**4. Versicherungsstatus:**

**Gesetzliche Krankenversicherung:**

gesetzlich versichert bei: \_\_\_\_\_

**Private Krankenversicherung:**

privat versichert bei: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigung

**5. Datenschutzverordnung:**

Die Hinweise zur Datenverarbeitung in der Praxis gemäß DS-GVO konnte ich einsehen.

**6. Bestellsystem:**

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, arbeitet unsere Praxis mit einem Bestellsystem. Sollten Sie den Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte frühzeitig Bescheid (möglichst 24 Stunden vorher).

Wenn Patienten unentschuldigt nicht zum Termin erscheinen oder ihn nur sehr kurzfristig absagen, können wir unsere Behandlungszeiten für andere Patienten nicht nutzen.

Wir behalten uns deshalb vor, für mehrmals nicht eingehaltene Behandlungstermine Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen.

Cham, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patient