

Füllt die Praxis aus:

Patientennummer _____

Eingetragen von _____

Eingesannt von _____

Anmeldung/Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen **vollständig** auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. Ihren Angehörigen in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis gemäß dem Merkblatt „Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO“ ein. Das Merkblatt wird Ihnen zur Einsicht ausgehändigt, auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck. Sie finden es auch auf unserer Homepage: www.drgassenmeier.de

Patient:

Name Vorname geb. am Geburtsort

Mitglied:

Name Vorname geb. am

Anschrift:

Straße Telefon privat Telefon geschäftlich

Ort Telefon mobil

E-Mail (nur für praxisinterne Zwecke, kein Newsletter, keine Weitergabe an Dritte)

Beruf des Patienten: _____ **Arbeitgeber:** _____

Versicherung/Krankenkasse: _____

Zahnersatz-Bonus erfüllt seit: _____

Angaben zu Ihrer Gesundheit: (Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen)

Herz-/Kreislaufkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler/künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Stoffwechselerkrankungen oder andere innere Krankheiten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten, wenn ja welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

bitte umblättern

Name, Vorname

Infektionskrankheiten

Hepatitis Typ: _____

Tuberkulose (Tbc)

HIV

Sonstige: _____

Sonstige Erkrankungen

Nervenkrankheiten (z. B. Depression, Neuralgien) _____

Autoimmunerkr. (z. B. Rheuma, Schuppenflechte) _____

Krebs, wenn ja welcher: _____

Andere Erkrankungen: _____

Allergien:

Medikamentenallergie (z. B. Penicillin) _____

sonstige Allergien: _____

Röntgen:

Schwangerschaft (bei weiblichen Patienten) nein ja Woche ____

Datum der letzten Röntgenuntersuchung der Zähne (nur für neue Patienten): _____

Medikamente:

Blutgerinnungshemmung (z. B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Plavix, etc.):

Medikament: _____

regelmäßige Medikamente: _____

Nehmen Sie derzeit oder haben Sie BISPHOSPHONATE eingenommen,

z. B. bei Osteoporose oder Krebserkrankungen (z. B. Alendronsäure, Zometa, Bonviva)?

Medikament: _____

Ihr Hausarzt oder Kinderarzt:

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____