

Anamnesebogen



Dr. Thomas Nicolai & Kollegen

Praxis für moderne Zahnheilkunde und Prophylaxe

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Name: _____ E-Mail: _____
Vorname: _____ Versicherung: gesetzlich / privat
Geburtsdatum: _____ Krankenkasse/-versicherung: _____
Anschrift: _____ Beruf: _____

Versicherter/Gesetzlicher Vertreter: _____
Telefon privat: _____
Telefon mobil: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein

Im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Hatten/haben Sie folgende Krankheiten (bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> grüner/grauer Star |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankung |
| <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | |

-
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Endokarditis/Herzmuskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck / <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck |

Nehmen Sie **gerinnungshemmende/blutverdünnende Medikamente** ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Leiden/Litten Sie an **Tumorerkrankungen/Krebs** (Bestrahlung/Chemotherapie): Ja Nein

Nehmen/nahmen Sie **Bisphosphonate** ein (bei Tumorerkrankungen, Osteoporose)? Ja Nein

Bestehen **Allergien**? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja Nein Ggf. welcher Monat? _____

Bestehen **Suchtkrankheiten**? Ja Nein

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? _____

Haben Sie einen Medikamentenplan? Ja Nein

Sonstige Angaben/andere Krankheiten: _____

Teilnahme am halbjährlichen Recall-System (Terminerinnerung) erwünscht: Ja Nein Das Formular erhalten Sie an der Anmeldung.

Empfohlen/überwiesen durch: _____

Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der Behandlung sowie für die Dokumentation verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich bestätige, vorgestellte Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Lübeck, den _____ Unterschrift: _____