

Anamnese - Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Patienten-Name: _____	Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich
Geburtsdatum: _____		<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif
Straße: _____	Name der Versicherung: _____	
PLZ / Ort: _____	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon Privat: _____	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon Mobil: _____		
Hausarzt: _____	Nur bei abweichendem Versicherungsnehmer ausfüllen	
E-Mail: _____	Versicherten - Name: _____	
Beruf: _____	Geburtsdatum: _____	
Arbeitgeber: _____	Straße: _____	
Tel. Arbeit: _____	PLZ / Ort: _____	

Gesundheitliche Angaben

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein		ja	nein
1. Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Infektionskrankheiten			9. Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. HIV - Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. TBC / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Hepatitis A, B, C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Nierenerkrankung oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Allergien (wenn ja welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Tumore / Krebs (wenn ja welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			_____		
4.1. Penicillinüberempfindlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Wie ist ihr Blutdruck?		
4.2. Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
5. Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Andere Erkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1. Nehmen Sie Biphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
6. Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler			_____		
<input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzinfarkt			_____		
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz			18. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 19. Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Benötigen Sie vor der Behandlung Endokarditisprophylaxe (antibiotische Abdeckung wegen Herzerkrankung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei Betäubung können folgende Risiken auftreten:

Gefäßreizung / Bluterguss / allergische Reaktionen / Krämpfe / Nervenschäden / Kieferklemme

Sonstiges

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 22. Möchten Sie an unserem Vorsorgeprogr. gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung) teilnehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen oder Muskelschmerzen / Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Besteht ein Beratungswunsch bezüglich kosmetischer Zahnbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Amalgamsanierung | | |
| <input type="checkbox"/> Weißere Zähne (Bleaching) | | |
| <input type="checkbox"/> Verblendschalen (Veneers) | | |

ja nein

25. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung von _____
- Internet / Homepage
- Telefonbuch
- sonstiges: _____

26. Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- / Kontrolltermin erinnert werden?

-
- telefonisch
- per Brief
- E-Mail

Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Allgemeine Hinweise zur Datenverarbeitung

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und / oder Sie eingewilligt haben.

- Empfänger Ihrer personenbezogenen Behandlungsdaten und / oder Röntgenbilder können vor allem andere Ärzte / Zahnärzte / Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden zur Klärung von medizinischen Fragen oder Weiterbehandlungen sein.
- Für zahntechnische Leistungen die in Fremdlaboren erbracht werden, erhalten diese die benötigten personenbezogenen Daten zur Weiterverarbeitung.

Außerdem möchten wir Sie ausdrücklich darauf hinweisen,
dass in unserer Praxis alle Patienten namentlich aufgerufen werden.

Die ausführliche Datenverarbeitung in unserer Praxis entnehmen
Sie bitte dem Aushang in der Praxis oder auf unserer Homepage
www.dr.czeike.de

Ich habe diese Aufklärung gelesen und bin damit einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und
Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner
persönlichen Daten ausdrücklich bis auf Widerruf zu.

Datum, Unterschrift _____
