



Zahnarztpraxis Jakob Osada

Liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Dieser Anmeldebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und füllen ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Für gesetzlich versicherte Patienten gilt:

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch, mindestens einmal im Quartal. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der neuen GOZ.

Wünschen Sie an ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

- Ja telefonisch per Post _____
 Nein

Wünschen Sie am Vortag per SMS an Ihren Termin erinnert zu werden?

- Ja
 Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet Empfehlung Im Vorbeigehen Überweisender Arzt
 Sonstiges _____

Änderungen zu meinen Behandlungsdaten oder Erkrankungen werde ich Ihnen stets mitteilen. Ich berechtige sie hiermit, meine ggf. auf EDV gespeicherten Behandlungsdaten zur Weiterbehandlung einem evtl. Praxiskollegen zu übergeben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Gesundheitsangaben.

Halle, _____
Ort, Datum

Unterschrift

Anamnesebogen



Zahnarztpraxis Jakob Osada

Ärztliche Behandlung

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Name des Hausarztes: _____ Anschrift: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Herz- und Kreislauferkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein

Angina Pectoris? Ja Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein

Bluterkrankungen

Gerinnungshemmende Medikamente? Ja Nein

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Stoffwechsel- und Degenerative Erkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Magen- Darmerkrankungen? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Osteoporose? Ja Nein

Rheuma/Arthritis? Ja Nein

Lungenerkrankungen

Chronische Erkrankungen der Atemwege? Ja Nein

Asthma? Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie / Krampfanfälle? Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja Nein

Infektionserkrankungen

Tuberkulose? Ja Nein

Leberentzündung/Gelbsucht? (Hepatitis A/B/C) Ja Nein

HIV positiv/Aids? Ja Nein

Weitere Angaben

Sind Sie Drogen- oder Alkoholabhängig? Ja Nein

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen oder Bemerkungen: _____

Halle, _____
Ort, Datum

Unterschrift