



Anamnesebogen

Nachname, Vorname Geburtsdatum Geburtsort Geschlecht

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort Beruf/Arbeitgeber

Telefon (privat/mobil) Telefon (geschäftlich) E-Mail

Versicherung Name: _____

gesetzlich privat versichert zusatzversichert

Pflegegrad:

Hausarzt (Adresse, Telefon)

Ich verpflichte mich, eine fehlende Gesundheitskarte (oder vergleichbare Bescheinigung) unverzüglich (innerhalb von zehn Tagen) nachzureichen, andernfalls behalten wir uns vor, die Behandlungskosten privat in Rechnung zu stellen.

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des/der Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum Erziehungsberechtigte(r)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Herz-Kreislaufkrankung Ja Nein wenn ja, welche: _____

Infektionserkrankung Ja Nein wenn ja, welche: _____

Allergien/Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika Ja Nein wenn ja, welche: _____

Schmerzmittel Ja Nein wenn ja, welche: _____

Antibiotika Ja Nein wenn ja, welche: _____

Andere: _____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Asthma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörung Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Andere: _____

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum Ja Nein

Alkoholismus Ja Nein

Raucher Ja Nein wenn ja, Anzahl pro Tag: _____

Schwangerschaft Ja Nein wenn ja, welche SSW: _____

Verordnete Medikamente Ja Nein

Wenn ja, welche:

Existiert ein Medikamentenplan Ja Nein

Besitzen Sie ein künstliches Gelenk Ja Nein

Ärztlich verord. Antibiotikaphylaxe Ja Nein wenn ja, warum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Korrespondenz mit mir telefonisch, schriftlich und per E-Mail erfolgt.

Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich willige ein, dass meine Röntgenaufnahmen bei Bedarf an die Weiterbehandler gesendet werden dürfen sowie Gespräche mit diesen geführt werden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe und mit diesen einverstanden bin.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigte(r)