Gemeinschaftspraxis Glatz - Pritzwalker Str. 94 - 19348 Perleberg

Anamnesebogen

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse

Straße, Nummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Telefonnummer:

Pflegegrad: Ja / Nein Stufe :

Krankenversicherung

* gesetzlich Kasse:
  + Zahnzusatzversicherung
* privat Kasse:
  + Basistarif
  + Beihilfe

Hausarzt:

* Wird im Rahmen unserer Behandlung eine Konsultation des Hausarztes notwendig, entbinde ich diesen von der ärztlichen Schweigepflicht. (Bitte bestätigen)

Beruf:

Arbeitgeber:

***Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand auf der Rückseite sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.***

Haben Sie besondere Wünsche für die Behandlung in unserer Praxis?

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

Datum, Unterschrift

**Hiermit gebe ich meine Einwilligung zur DSGVO ( Patienteninformation zum DS wurde vorgelegt).**

* **Ja / Nein**

Verwendung der Daten außerhalb des Behandlungsvertrages für Recall / Terminerinnerungen.

* **Ja / Nein**

Datum, Unterschrift / Mit meiner Unterschrift bestätige ich das die Einwilligung freiwillig ist und

unabhängig vom Behandlungsvertrag. Mir ist bekannt, das ich für die Zukunft

meine Einwilligung wiederrufen kann.

Unterschrift Zahnarzt

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Bitte zutreffendes ankreuzen!

* Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
  + Bluthochdruck
  + Angina pectoris
  + Herzinfarkt Angabe des Jahres:
  + Schlaganfall
  + Bypass/Stent/Herzschrittmacher Angabe des Jahres:
  + Herzklappenersatz Angabe des Jahres:
  + Sonstige
  + Herzpass vorhanden
* Blutgerinnungsstörung, Blutarmut
* Stoffwechselstörung
  + Diabetes
  + Nierenfunktionsstörung
  + Leberfunktionsstörung
  + Erkrankung des Magen-Darm-Trakts
  + Schilddrüsenfunktionsstörung
  + Sonstige
* Erkrankung des Immunsystems
* Infektionserkrankung (HIV, Hepatitis, Tbc, etc.)
* Erkrankung der Atemwege (Asthma, COPD, etc.)
* Glaukom (grüner Star)
* Tumorerkrankung
* Epilepsie
* Depression
* Osteoporose
* Rheuma
* Sonstige Erkrankungen:

Haben Sie eine Allergie?

* + Ja, gegen: Besitzen Sie einen Allergiepass? J / N
* Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

* Blutverdünner/Gerinnungshemmer
  + Heparin, Plavix, Xarelto
  + ASS
  + Falitrom, Marcumar
  + Sonstige
* Bisphosphonate (z.B. nach Tumorerkrankungen oder Osteoporose)

Welches Präparat? z.B. Alendron(säure),Bonviva, Bondronat, Actonel, Fosavance, Fosamax,

Zometa, Zoledron(säure), Aredia, Aclasta, Pamidron(säure),Didronel,

Diphos , Ostac, Bonefos, Prolia, Avastin

* Arnika, Ginkgo
* sonstige

Sind Sie Raucher?

* Ja Menge pro Tag:
* Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja / Nein