

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Für die bestmögliche Behandlung bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Selbstverständlich fällt dies unter die ärztliche Schweigepflicht. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit. Vielen Dank.

Ihr Dr. Michael Fink & Team

Persönliches

Nachname, Vorname (Patient)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Telefon Festnetz	Telefon Arbeit	Telefon mobil
E-Mail	Beruf, Arbeitgeber	

Versicherung

Name der Versicherung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Gesetzlich mit privater Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Privat versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt |

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

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum	Erziehungsberechtigter
-------	------------------------

Bitte Wenden!



Allgemeine Gesundheitssituation:

Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unverträglichkeit von Lokalanästhetikum, Antibiotikum, Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. welche?		
Blutdruck	<input type="checkbox"/> zu niedrig	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> zu hoch
Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. wann?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht, Leberkrankheiten, Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. wann?		
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (HIV/AIDS, Tuberkulose, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. welche?		
Chemotherapie (Bisphosphonate, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. welche?		
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Blutverdünnung, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. welche?		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich
Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Angaben/Erkrankungen, die nach Meinung des Patienten von Bedeutung sind:		

Wichtige Informationen:

- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4 – 6 Stunden beeinträchtigt sein kann!
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter