



Anamnesebogen

Gerlinde Werling
Queichheimer Hauptstr. 53
76829 Landau
Tel.: 0 6341- 53020

Name _____
Straße _____
Geb. _____
Tel. _____
Krankenkasse _____

Vorname _____
PLZ/Ort _____
Email _____
Mobil _____

Hauptversicherter / oder Betreuer

Name _____ Vorname _____ Geb. _____
Straße _____ PLZ/Ort _____
Telefonnummer Betreuer/Vormund _____

Ich werde die Fragen nach bestem Wissen beantworten, Änderungen werde ich umgehend mitteilen. Mir ist bekannt, dass keine Verpflichtung zum Ausfüllen des Anamnesebogens besteht, jedoch eine Pflicht zur Mitteilung aller behandlungsrelevanten Umstände.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, den Fragebogen sehr sorgfältig zu beantworten.

Ich entbinde die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht und wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass ein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

HERZ-/ KREISLAUFERKRANKUNGEN

JA NEIN

- BLUTHOCHDRUCK
- HERZLEIDEN (INFARKT; ANGINA PECTORIS, HERZOPERATION)
- HERZKLAPPENERSATZ / - FEHLER
- HERZSCHRITTMACHER
- ENDOKARDITIS (HERZMUSKELENTZÜNDUNG)

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN

- HEPATITIS (GELBSUCHT)
- AIDS / HIV
- TUBERKULOSE
- CREUTZFELD-JAKOB-KRANKHEIT
- MRSA-KEIME

SONSTIGE KRANKHEITEN

- DIABETES (ZUCKERKRANKHEIT)
- ASTHMA
- ANFALLSLEIDEN/ EPILEPSIE
- NIERENERKRANKUNGEN
- BLUTGERINNUNGSSTÖRUNGEN
- WEITERE ERKRANKUNGEN?
WENN JA, WELCHE (BEI PLATZMANGEL KÖNNEN SIE NATÜRLICH AUCH DIE RÜCKSEITE NUTZEN)

ALLERGIEN - UNVERTRÄGLICHKEITEN

JA NEIN

- LOKALANÄSTHESIE/ SPRITZEN
- ANTIBIOTIKA
- SCHMERZMITTEL
- METALL / KUNSTSTOFFE

SONSTIGE RISIKOFAKTOREN

- DROGENKONSUM/ -ABHÄNGIGKEIT
- RAUCHEN SIE? FALLS JA WIEVIELE ZIGARETTEN PRO TAG? _____
- BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT? WENN JA, WELCHER MONAT und wann ist Entbindungstermin? _____
- GAB ES JEMALS KOMPLIKATIONEN WÄHREND EINER ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNG (Z.B. HNMACHT, ÜBELKEIT?) WENN JA. WELCHE _____
- NEHMEN SIE MEDIKAMENTE? WENN JA, WELCHE (BEI PLATZMANGEL KÖNNEN SIE NATÜRLICH AUCH DIE RÜCKSEITE NUTZEN)

Datum und Unterschrift, (Erziehungsber. oder Vormund)