

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das LEO48-Team, möchten Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf höchstem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand.

Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname	Beruf
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum, Geburtsort
Postleitzahl, Ort	Telefon (privat)
Telefon (mobil) *	E-Mail *
Hausarzt **	Wie können wir Sie tagsüber erreichen? *

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Freiwillig	<input type="checkbox"/> Pflicht
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Standardtarif
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

VERSICHERTER (Falls abweichend vom Patienten)

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon (privat)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie an folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

<input type="checkbox"/> Allergien			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe	<input type="checkbox"/> Herzfehler, künstl. Herzklappe
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Ohrensausen, Tinnitus	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Grüner Star	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen		

Leiden Sie unter folgenden Infektionskrankheiten?

<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV AIDS	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

* Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kommunikation oder Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

** Freiwillige Angabe – wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich Einwilligung auf Sie zu.

Nehmen Sie Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubungen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

Haben Sie einen Medikamentenplan? ja nein

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Leiden Sie unter Zahnschmerzen?

Blutet Ihr Zahnfleisch?

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

Leiden Sie unter Mundgeruch?

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?

Ich bin an PZR/Prophylaxe interessiert.

Wann wurde die letzte Röntgenaufnahme der Zähne angefertigt? _____

Sonstiges _____

ZU IHRER GESUNDHEIT

Was führt Sie zu uns? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag _____

Schnarchen Sie?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bereits Patient Google Social Media Auf Empfehlung Sonstige _____

RECALL-SERVICE

Zu unserem Service gehört es, unsere Patienten in unseren kostenlosen Recall-Service aufzunehmen. Das bedeutet, dass wir Sie auf Wunsch per Post oder E-Mail an den nächsten Kontrolltermin erinnern.

Ja, ich möchte erinnert werden.

Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitig und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten | *Hinweise zu freiwilligen Angaben

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage die Verarbeitung meiner vorliegenden Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 § DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!