

Anamnesebogen



MVZ
Dr. Dr.
Klaus Giesen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Vor Beginn Ihrer Behandlung benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren Behandlungsunterlagen beigelegt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam,
Dr. Dr. Klaus Giesen

Dr. Dr. Klaus Giesen

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie

Franka Dimanski*

Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Marina Salpingidou*

Fachzahnärztin für Oralchirurgie

Dr. Julian Kogel*

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

*angestellt

Persönliches

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Tel. geschäftl.: _____

Krankenkasse/private Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert	Privat versichert	Basistarif	Zusatzversicherung	Beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Wer ist Ihr

Hausarzt? _____

Hauszahnarzt? _____

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____

Von Bekannten empfohlen Telefon-/Branchenbuch Praxisschild

Sonstiges _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? Ja Nein

Haben Sie akute Schmerzen?

Ja Nein

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

Herzrhythmusstörungen? eine Herzklappenentzündung? Angina pectoris?
 einen Herzschrittmacher? einen Herzinfarkt?

Medikamente: Nehmen Sie ...

Herzmedikamente? Cortison (Kortikoide)? Schmerzmittel?
 Antidepressiva? blutverdünnende Mittel (z. B. Marcumar, ASS)?
Wenn ja, welche? _____
 andere Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, welche Woche/Monat? _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...

Herzens oder Kreislaufs? Ja Nein Leber? Ja Nein Schilddrüse? Ja Nein
Nieren? Ja Nein Gelenke (Rheuma)? Ja Nein Osteoporose? Ja Nein

Haben oder hatten Sie ...

hohen Blutdruck? Ja Nein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Ja Nein Nervenleiden? Ja Nein

Sind Sie insulinpflichtig? Ja Nein Grünen Star (Glaukom)? Ja Nein

Asthma, Lungenerkrankungen oder andere Atembeschwerden? Ja Nein

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC)? Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Allergien/Überempfindlichkeiten? Ja Nein Wenn ja, wogegen? _____

sonstige Erkrankungen/Infektionen? _____

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da mir ansonsten das ausgefallene Honorar in Rechnung gestellt werden kann.

Dortmund, den

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r