

ANAMNESEBOGEN



PERSÖNLICHES

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Straße:	PLZ/Ort:	
Telefon Festnetz:	Telefon Arbeit:	Telefon Mobil:
E-Mail:	Beruf:	
Wünschen Sie einen halbjährlichen Vorsorge-Recall?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	per E-Mail <input type="checkbox"/>
Zustimmung zur Übermittlung von Befunden & Röntgenbildern per Datenkommunikation:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

VERSICHERUNG

Krankenkasse:		
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung
<input type="checkbox"/> Basistarif	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	
Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Straße:	PLZ, Ort:	

WELCHES ANLIEGEN FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

<input type="checkbox"/> Implantate	<input type="checkbox"/> Bleaching	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung
<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz	<input type="checkbox"/> Veneers	<input type="checkbox"/> Vollnarkose / Lachgassedierung
<input type="checkbox"/> Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen - BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Herzkrankungen / Schlaganfall	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Glaukom	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie HIV oder Hepatitis oder MRSA positiv?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Blutverdünner	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Sonstige Erkrankungen	
Diabetes	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Wenn ja, welcher Typ?	<input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II
Allergien	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Wenn ja, welche?	
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Wenn ja, in welcher Woche?	

Damit wir Sie an Ihre Termine erinnern können, bieten wir Ihnen den kostenlosen Service über das Terminbuchungsportal der Doctolib GmbH an. Sie werden automatisch an Ihre Termine per SMS und E-Mail erinnert. Zudem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten nach den Richtlinien der EU-DSGVO verwenden und weiterleiten. Eine genaue Erläuterung finden Sie auf unserer Website www.familienpraxis.berlin/datenschutz sowie im Wartebereich der Praxis. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Zustimmung. Selbstverständlich können Sie diese jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum:	Unterschrift Patient ggf. gesetzlicher Vertreter:
-------------	---