

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Name des Patienten:	Vorname:	Geburtsdatum:
Name des Versicherten:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ, Ort:	
Telefon:	Mobiltelefon:	
Beruf:	Arbeitgeber:	
E-Mail:	Größe:	Gewicht:
Überweisender Arzt, Hauszahnarzt, Ort:	Hausarzt, Ort:	
Versicherung:	Zusatzversicherung:	
Erziehungsberechtigter/Vormund/gesetzlicher Vertreter mit Anschrift:		

Ihre Angaben unterliegen nach §203 StBG der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen unterstützt uns bei der Erkennung Ihrer Erkrankungen und der Findung geeigneter Behandlungsmethoden.

### Vorerkrankungen/Besonderheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen!)

Voroperationen? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz (Infarkt/Rhythmusstörungen/Vorhofflimmern/Endokarditis/Herzklappenersatz/Herzfehler/Stent/Schrittmacher)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislauf (hoher oder niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lunge (Asthma/COPD/Atemnot/Schlafapnoe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörung? (Auch familiär)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus? Sind Sie insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neurologische Erkrankung? Schlaganfall? Epilepsie? Psychische Erkrankung? Behinderung? Demenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Augenerkrankungen (grüner Star/Glaukom)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorerkrankungen/Besonderheiten

Allergien? Welche:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Autoimmunerkrankungen (z.B. Rheuma/Muskelerkrankungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis A,B,C/HIV/Tbc)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen Leber/Niere/Darm?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für Patientinnen: Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche? Stillzeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie? Nikotin? Cannabis/Sonstiges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind oder waren Sie drogensüchtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Medi-Plan?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (ASS/Marcumar/Eliquis/ Clopidogrel/Pradaxa/Xarelto/Lixiana o.a.)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gab es Komplikationen bei Vollnarkosen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ZQMS-LICH B4-2-002

Bei minderjährigen Patienten: Der erschienene Elternteil besitzt das Sorgerecht und handelt im Einverständnis des anderen Elternteiles.

Die Partnerschaft gewährleistet die eigenverantwortliche Tätigkeit jedes Behandlers und schließt eine gesamtschuldnerische Haftung durch Haftungskonzentration aus. Die Datenschutzerklärung gemäß DSGVO finden Sie als Aushang im Wartezimmer (Abschrift an Rezeption erhältlich). Die Patientendaten werden elektronisch gespeichert.

Die Einsicht der Patientenakte durch unseren Narkosearzt Dr. Moritz Jacobi ist bei Mitbehandlung gestattet.

Überweisende und weiterbehandelnde Ärzte erhalten einen Behandlungsbericht, falls durch Sie kein Widerspruch erfolgt.

Es erfolgt eine Terminerinnerung per SMS oder E-Mail.

**Bitte bringen Sie uns den Anamnesebogen an die Rezeption. Vielen Dank!**

Zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift