

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Name des Patienten:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Name des Versicherten:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
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?	☐ ja ☐ nein
Herz (Infarkt/Rhythmusstörungen/Vorhofflimmern/Endokarditis/Herzklappenersatz/Herzfehler/Stent/Schrittmacher)?	☐ ja ☐ nein
Kreislauf (hoher oder niedriger Blutdruck)	☐ ja ☐ nein
Lunge (Asthma/COPD/Atemnot/Schlafapnoe)	☐ ja ☐ nein
Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörung? (Auch familiär)	☐ ja ☐ nein
Krebserkrankungen?	☐ ja ☐ nein
Diabetes mellitus? Sind Sie insulinpflichtig?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
Neurologische Erkrankung? Schlaganfall? Epilepsie? Psychische Erkrankung? Behinderung? Demenz?	☐ ja ☐ nein
Augenerkrankungen (grüner Star/Glaukom)?	☐ ja ☐ nein

Vorerkrankungen/Besonderheiten

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

Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter