

FACHARZTPRAXIS FÜR MUND, KIEFER UND GESICHTSCHIRURGIE

Dr. med. Oliver Schwerdtner

Patienten-Anamnesebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Nachname, Vorname Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon privat/mobil (wichtig für Rückfragen) Telefon geschäftlich / Fax

E-Mail Beruf

gesetzlich privat Beihilfe Basisvertrag

Krankenkasse

Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Überweisende Arztpraxis

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mit welchem Anliegen besuchen Sie unsere Praxis? Was wünschen Sie sich von uns?

Einverständniserklärung für die Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!!

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.
Haben Sie Fragen? Wir helfen Ihnen gern!**

Gesundheitszustand **bitte ankreuzen** **Wichtig: genaue Informationen (Medikamente usw.)**

Herz-Kreislauf Erkrankungen

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein
- Niedriger Blutdruck ja nein
- Herzerkrankung ja nein
- Herzoperation ja nein
- Herzschrittmacher ja nein
- Endokarditisprophylaxe notwendig ja nein
- andere Operationen: ja nein

Infektionskrankheiten

- HIV ja nein
- Hepatitis (A B C) ja nein
- Tuberkulose ja nein
- andere: ja nein

Weitere Erkrankungen

- Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Asthma ja nein
- Lungenerkrankung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein
- Epilepsie ja nein
- Diabetes Typ I II ja nein
- Ohnmachtsneigung ja nein
- Augenleiden (Glaukom) ja nein
- andere: ja nein

Allergien/ Unverträglichkeiten

- Lokalanästhetika ja nein
- Schmerzmittel ja nein welche: _____
- Antibiotika ja nein welche: _____
- andere: ja nein welche: _____

- Regelmäßige Medikamente** ja nein Wenn ja: Seit wann? Name der Medikamente: _____
- Bisphosphonate** ja nein Wenn ja: Seit wann? Name der Medikamente: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die hier in der Praxis erstellten Röntgenbilder, an meinen überweisenden Arzt/Zahnarzt verschlüsselt per Email gesendet werden dürfen.

ja nein

- Raucher ja nein
- Drogenkonsum ja nein
- Schwangerschaft ja nein
- Tägl. Zigarettenkonsum: 1-10 mehr als 10
- Wenn ja, welcher Monat? _____

Wichtige Informationen:
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten, im Rahmen der Behandlung, stimme ich zu. Im Falle der Drittbefundung oder Analyse durch pathologische Institute bzw. Labore, werden mit Ihrem Einverständnis verschlüsselte Patientendaten ausgetauscht.
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen unverzüglich zu informieren.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die oben aufgeführten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datum	Unterschrift Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter
-------	---