

Anamnesebogen der Praxis Dr. Ingo Brehme

Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen um den folgenden Patientenbogen auszufüllen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes unterliegen.

1. **Nachname, Vorname** _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____
2. **E-Mail** _____
3. **Krankenkasse** _____
4. **Zusatzversicherung** _____
5. **Bitte geben Sie eine Telefonnummer an, unter der wir Sie erreichen können:** _____
6. **Welchen Beruf üben Sie aus?** _____
7. **Haben Sie allgemeine Erkrankungen?** nein ja
wenn ja, welche? _____
8. **Leiden Sie an eine der nachstehenden Erkrankungen?** nein ja

| | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | Blutdruckabweichung | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Anfalls leiden | <input type="checkbox"/> | Augenkrankheit | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislaufkrankung | <input type="checkbox"/> | | |
9. **Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?** nein ja
(falls Sie einen Schrittmacherausweis besitzen bitte vorlegen)
10. **Nehmen Sie Medikamente ein?** nein ja
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin),
Beruhigungsmittel, Schlafmittel
(falls Sie einen Marcumarausweis besitzen, bitte vorlegen)
oder: _____
11. **Nehmen Sie Medikamente, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (z.B. bei Osteoporose Alendronat, Zolendronat, Clodronat oder Prolia) ?** nein ja
12. **Haben oder hatten Sie Gelbsucht oder eine Leberentzündung (Hepatitis A, B oder C)?** nein ja
13. **Leiden Sie unter häufigen Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung?** nein ja
14. **Sind Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder eine Unverträglichkeit von Schmerzmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex, Metallen?** nein ja
oder: _____
15. **Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?** nein ja

Anamnesebogen der Praxis Dr. Ingo Brehme

16. Bekamen Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung? nein ja

wenn ja, gab es Komplikationen? _____

17. Leiden Sie an der Immunschwäche AIDS? nein ja

18. Rauchen Sie? nein ja

19. Schnarchen Sie oder haben Sie nachts Atemaussetzer? nein ja

20. Durch wen oder warum sind Sie in diese Praxis gekommen? _____
(freiwillige Angabe)

21. Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Adresse + Telefonnummer _____

Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen und Röntgenbilder ggf. von weiterbehandelnden Zahnärzten angefordert werden können und für die elektronische Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Betreuer/Sorgeberechtigter