

Dr. Mirco Kmitta	Internes Dokument	Dok Nr. QS-ID-000
	Anamnesbogen Deutsch	Stand April 2023
		Revision 004

Patientenerhebungsbogen

Name: Anschrift:
 Vorname: geb. am:
 E-Mail: Telefon (privat):
 Krankenkasse:..... (dienstlich):
 Hausarzt:..... Telefon: Handy.....
 Erziehungsberechtigter:Geb-Datum.....

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Endokarditis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	(Entzündung der Herzinnenhaut)	
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporoseerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Raucher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rheuma/Arthritis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Mukoviszidose-Erkrankung ja nein **Organtransplantation** ja nein

Pflegegrade: ja nein **Welche Stufe:** ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja, welche?.....

Blutverdünnende Medikamente? ja nein Welche?.....

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-Infektion/Stadium AIDS	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antibiotika	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Metalle:	
Latex	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sonstige:	

Bitte wenden



Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Wenn ja, wann?

Wurden bei Ihnen in letzter Zeit größere Operationen durchgeführt?

Wenn ja, welche?

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden ? ja nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung einverstanden.

ja nein

Ich erkläre mich mit der Aufnahme in das Bonus-Erinnerungs/ Recall-System einverstanden.

ja nein

Ich bin mit der Einsichtnahme weiterbehandelnder Zahnärzte in meine Patientenkarte einverstanden .

ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbartem Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____