

Anamnesebogen

Patientenerhebung



Gemeinschaftspraxis
 Dr. med. dent. Alois Tratz
 MUDr. (Univ. Prag) Helga Jenatschke

Patient

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
Straße, Hausnummer _____	PLZ _____ Ort _____	Telefon _____
Krankenkasse _____	Beruf / Arbeitgeber _____	E-Mail-Adresse _____

Versicherungs-Mitglied

falls über eine andere Person versichert

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Möchten Sie regelmäßig per Email an Kontrolltermine erinnert werden? (Eintrag ins ReCall-System)

Ja, alle 6 Monate Ja, alle 12 Monate Nein

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen möglichst genau.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen und werden streng vertraulich behandelt.

Herz- / Kreislauferkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Koronare Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Endokarditis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Infektionen / Immunschwächen

HIV / AIDS-Stadium	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hepatitis (A / B / C ?)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestrahlung, Chemo	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Andere Infektionen:		

_____ andere Infektionen

Sind Sie schwanger? Nein Ja

In welcher Woche? _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten einverstanden.

Ich verpflichte mich alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend bekannt zu geben.

Können Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, bitten wir Sie, uns rechtzeitig in Kenntnis zu setzen.

Andere Erkrankungen

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Willebrand-Jürgens-Syndrom	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rheuma / Arthritis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Glaukom (Augennendruck)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Allergien / Unverträglichkeiten

Latex	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Spritzen/ Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schmerzmittel	_____	_____
Metalle	_____	_____

Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leicht blaue Flecken ohne Verletzung oder nach leichter Berührung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Sonstiges: _____

_____ Sonstiges

Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate? Nein Ja _____
 (z.B.: Alendronat)

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? _____
 (z.B.: Aspirin, ASS, Marcumar, Plavix/Clopidogrel, Ticlopidin, o. ä.)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. im Moment ein? _____

_____ Manching, den _____
 Unterschrift Datum