

# Eigenauskunft (Anamnese)

Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit.



## Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

In der Regel kommt es dank unseres Bestellsystems nur zu geringen Wartezeiten. Nicht vorhersehbare medizinische Notfälle können jedoch in Ausnahmefällen dazu führen, dass Ihr Termin nicht exakt eingehalten werden kann. Dafür bitten wir Sie um Verständnis. Falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte frühzeitig (spätestens 24 Stunden vorher) ab. Unangemeldete Patienten/ Patientinnen (auch im Falle von akuten Schmerzen) müssen mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient/in müssen Sie Ihre Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Ihrem Termin bei uns vorlegen. Ansonsten werden wir Ihnen die Behandlung privat in Rechnung stellen. Sie haben ebenfalls die Wahl, Ihre Behandlung über Ihre Krankenkasse oder als Privatrechnung (gemäß § 13 SGB V) abrechnen zu lassen.

## Persönliche Daten

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort\* \_\_\_\_\_

Telefon / Handy \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Beruf des Patienten\* \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers\* \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

## Wenn Sie als Familienmitglied versichert sind, wer ist Hauptversicherter?

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse oder Versicherung \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="radio"/> Ich bin privat versichert            | <input type="radio"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt   |
| <input type="radio"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="radio"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="radio"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="radio"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | <input type="radio"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r)    | <input type="radio"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="radio"/> Ich bin privat zusatzversichert |  |  |

Hausarzt \_\_\_\_\_

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Bitte wenden ►

Die folgenden von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Wir behandeln diese selbstverständlich streng vertraulich. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an:

	Ja	Nein
<b>Hatten/Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?</b>		
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenhauskeim MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creutzfeldt-Jakob	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen/Nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck (ggf. Werte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normaler Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck (ggf. Werte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche: _____		

**Andere Krankheiten/Sonstiges:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergie-Pass?

**Nehmen Sie Medikamente?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ja | Nein

**Schnarchen Sie?**

**Rauchen Sie?**

**Bestehen Suchtkrankheiten?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?**

Wenn ja, Art und Datum? \_\_\_\_\_

**Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?**

\_\_\_\_\_

**Liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB V vor?**

Wenn ja, welcher Schweregrad? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Röntgenpass?**

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? \_\_\_\_\_

**Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?**

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

**Haben Sie ein Bonusheft?**

**Wann wurde bei Ihnen die letzte professionelle Zahnreinigung durchgeführt?** \_\_\_\_\_

**Für unsere weiblichen Patienten**

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

Wegen der Strahlenschutzvorschriften bitten wir um Mitteilung, sobald eine Schwangerschaft eintritt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben mitzuteilen.

Ort / Datum

Unterschrift