

Anamnesebogen

Patientenkontaktdaten	
Nachname	
Vorname	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Wohnort	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Telefonnummer	
E-Mail	
Beruf	

Medizinische Informationen

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen.

Herz-/Kreislaufferkrankungen			
Anämie (Blutarmut)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzfehler		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschriltmacher		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Endokarditis		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzoperation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunsupprimierte Patienten			
Immunsuppression		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Organtransplantation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stammzellentransplantation		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektiöse Erkrankungen			
HIV-Infektion (AIDS)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose (Tbc)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Krankheitsbilder			
Anfallsleiden (Epilepsie)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Raucher	Wenn ja, wie viele?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen			
Allergien bzw. Unverträglichkeiten			
Lokalanästhesie/Spritzen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotika		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Metalle/welche?			
Schwangerschaft/Stillen			
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Monat?			
Stillen Sie?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röntgen			
Wurden bei Ihnen zahnärztliche Röntgenaufnahmen angefertigt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?	Monat/Jahr:		
Einnahme von Medikamenten			
Welche Medikamente nehmen Sie?			
Nehmen Sie Bisphosphonate?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	seit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Datum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere gesetzte entgegenstehen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

JA NEIN

Ich möchte einmal im Jahr an einen Kontrolltermin erinnert werden, per

E-Mail Postalisch

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 vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

..... , den Unterschrift:

(Ort, Datum)