

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

DR BOSNIAC

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der Praxis **DR BOSNIAC**, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikoarme Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME	TITEL
VORNAME	GEBURTSDATUM -ORT
STRASSE NR.	PLZ ORT
TELEFON (PRIVAT)	TELEFON (MOBIL)*
E-MAIL*	HAUSARZT**

WIE SIND SIE VERSICHERT?

Gesetzlich versichert:	<input type="radio"/> Freiwillig	<input type="radio"/> Pflicht
Privat versichert:	<input type="radio"/> Basistarif	<input type="radio"/> Standardtarif
Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

VERSICHERTE PERSON (falls abweichend vom Patienten)

NAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	STRASSE NR.
PLZ ORT	TELEFON (PRIVAT)

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Herzfehler künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> Endokarditis |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="radio"/> Ohrensausen Tinnitus | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Leber | <input type="radio"/> Nieren |
| <input type="radio"/> Schilddrüse | <input type="radio"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="radio"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Tumorerkrankung Krebs | <input type="radio"/> Immunsuppression | <input type="radio"/> Schlaganfall | |
| <input type="radio"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen | | | |

Sonstige Erkrankungen _____

* Freiwillige Angabe | Wenn Sie die Kontaktierung durch uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.
** Freiwillige Angabe | Wenn die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung sinnvoll ist, kommen wir bezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.

BITTE WENDEN

LEIDEN SIE UNTER ALLERGIEN?

- Ja Nein
- Allergiepass vorhanden Latexallergie Penicillinallergie
- Andere _____

LEIDEN SIE UNTER INFEKTIONSKRANKHEITEN?

- Ja Nein
- Hepatitis A B C HIV | AIDS Tuberkulose
- Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) Creutzfeldt-Jakob (CJK) | Varianten CJK

NEHMEN SIE BLUTVERDÜNNENDE MEDIKAMENTE EIN?

- Ja Nein
- ASS 100® Marcumar® Xarelto® Lixiana®
- Eliquis® Pradaxa® Andere

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

- Ja Nein
- Falls ja, welche: _____
- Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?
Wenn ja, gegen welche? _____
- Ist eine Medikamentenliste vorhanden?

WEITERE MEDIZINISCH RELEVANTE ANGABEN

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
- Schnarchen Sie?
- Wann war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung im Bereich der Zähne? _____
- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*

*Freiwillige Angabe | Hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik. Ihre Angaben werden praxisintern ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.

ALLGEMEINE HINWEISE

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit durch eine örtliche Betäubung und Medikamente, die vor und während der Behandlung verabreicht werden, eingeschränkt sein kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben vor Behandlungsbeginn mitzuteilen.

HINWEIS ZUR ORGANISATION: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

*HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit.
Ihr Team der Praxis **DR BOSNIAC**