

# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



## PATIENT

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  W  M Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung  NEIN  JA, \_\_\_\_\_

Beihilfe  NEIN  JA

Telefon\* (privat) \_\_\_\_\_ (dienstlich) \_\_\_\_\_ (mobil) \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

\*Hiermit erkläre ich mich einverstanden dass die Praxis Dr. med. dent. Hakan Sinanoglu mit mir über die oben genannte E-Mail Adresse in Kontakt tritt. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Mailverkehr sich ausschließlich auf Angelegenheiten aus dem Patientenverhältnis beziehen wird. Insbesondere wird die E-Mail-Adresse nicht zur Zusendung von Werbung Dritter verwendet, noch wird die E-Mail- Adresse an Dritte weitergegeben.

## HAUSARZT

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## HAUPTVERSICHERTER, soweit vom Patient abweichend:

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  W  M

Adresse \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus? \_\_\_\_\_

Wenn ja, was war der Grund Ihres Krankenhausaufenthaltes? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  NEIN  JA Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

#### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  JA  NEIN

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  JA  NEIN

Herzklappenerkrankung/-defekt  JA  NEIN

Herzerkrankung  JA  NEIN

Herzoperation  JA  NEIN

Herzschrittmacher  JA  NEIN

andere \_\_\_\_\_

#### Sonstige Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen  JA  NEIN

Asthma  JA  NEIN

Lungenerkrankung  JA  NEIN

Schilddrüsenerkrankung  JA  NEIN

Rheuma  JA  NEIN

Osteoporose  JA  NEIN

Epilepsie  JA  NEIN

Nierenfunktionsstörungen  JA  NEIN

Ohnmachtsneigung  JA  NEIN

Diabetes  JA  NEIN

andere \_\_\_\_\_

#### Allergien

Lokalanästhetika  JA  NEIN

Schmerzmittel  JA  NEIN

Antibiotika  JA  NEIN

andere \_\_\_\_\_

#### Weitere Angaben

Raucher  NEIN  JA Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  NEIN  JA Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung durchgeführt? \_\_\_\_\_

Durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

#### Infektionserkrankungen

HIV  JA  NEIN

Hepatitis B  JA  NEIN

Hepatitis C  JA  NEIN

Tuberkulose  JA  NEIN

andere \_\_\_\_\_

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich hiermit zu. Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Veränderungen zu informieren. Termine, die nicht einhalten werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Anderenfalls ist dem Praxisinhaber vorbehalten, eine Versäumnisgebühr zu erheben. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe:

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_