

Zahnarztpraxis Dr. Thomas Frank und Dr. Karim Azirovic

P7,4 68161 Mannheim

Tel: 0621/1013 23 – Fax: 0621/15 48 26

Allgemeinmedizinische Anamnese:

Name, Vorname Patient Geburtsdatum

Name, Vorname Mitglied Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer Plz. Ort

Telefon (privat/mobil) E-Mail Telefon (geschäftlich)

Beruf Arbeitgeber

Name der Krankenkasse/Versicherung

Private Zusatzversicherung

Hinweis: Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachte Leistung zu stellen, ebenso für nicht rechtzeitig abgesagte Termine eine Ausfallgebühr.

Unterschrift: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	zutreffendes bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Gefäß-Erkrankung:		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenerkrankung/defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann?
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wo?
Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wo und wann?
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
	<input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Andere _____	

Atemwegserkrankung:

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Stoffwechselerkrankung:

Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenunter/überfunktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte wenden

Gesundheitszustand	zutreffendes bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Darm-, Leber- und Nierenerkrankung:		
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Anfallsleiden und neurologische Erkrankungen:

Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann? ..

Erkrankungen der Knochen und Gelenke:

Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Künstlichen Gelenkersatz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wo? <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> sonstiges
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten / Immunsuppressiva behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Immunschwächekrankheiten und Tumorleiden:

Einnahme von Cortison	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HIV+	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leukämie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lymphdrüsenkrebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Allergien:

Auf Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche?
Metalle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welche?
Lokalanästhetikum / Spritzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, welches?
Latex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?

Allgemeines:

Rauchen Sie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie viele täglich?
Besteht eine Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat?
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
Gibt es Röntgenaufnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann?

Aktuelle Infektionskrankheiten:

Grippe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pfeiffer'sches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
MRSA („Krankenhauskeim“)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche
---------------------------------------	---	-----------------

Sonstige Erkrankungen, die nicht aufgeführt sind (z.B. Tumorleiden, Strahlentherapie, Chemotherapie usw.):

Ich versichere, dass die Angaben vollständig sind. Änderungen während der Behandlung werde ich mitteilen. Damit wir Sie behandeln können, müssen wir eine Patientenakte anlegen und damit personenbezogene Daten (Stammdaten und Gesundheitsdaten) von Ihnen verarbeiten. Das schreibt nicht nur das Gesetz vor, sondern es ist für die Behandlungsqualität unabdingbar. Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzten erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen, Röntgen-Unterlagen und Therapievorschläge. Mit der Fotodokumentation und der Weitergabe von Röntgenbildern an Mitbehandelnde Kollegen bin ich einverstanden.
Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe

Datum: _____

Unterschrift: _____