

Anmeldebogen mit Anamnese (Krankengeschichte)

Name	Krankenkasse
Vorname	Wenn nicht selbst versichert: Wer ist Versicherter?
Geburtsdatum	Name
Adresse	Vorname
	Geburtsdatum
Tel. privat	Zusatzversicherung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tel. dienstlich	Wer ist Ihr Hausarzt?
E-Mail	Name/Ort

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

Blutgerinnungsstörung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Asthma/Lungenerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutverdünnende Medikamente <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Anfallsleiden/Epilepsie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welche?	Tumore/Krebs <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit [CJK] <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Neue Variante der CJK <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welche?	Osteoporose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Endokarditisvorsorge notwendig? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bisphosphonattherapie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes Typ	Sind Sie Träger multiresistenter Keime? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-, Darmerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Allergien bekannt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Auf was?
Lebererkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sind Sie Angstpatient? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hepatitis A/B/C <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Tuberkulose) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Knirschen Sie mit ihren Zähnen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Alkohol-/Drogenabhängigkeit <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schwangerschaft? falls ja: Woche <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Sonstige Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Liegt bei Ihnen folgende Einstufung vor? Pflegegrad Eingliederungshilfe

Dann haben Sie Anspruch auf bestimmte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sprechen Sie uns an.

Wann wurde die letzte zahnärztliche Röntgenaufnahme gemacht?

Unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von:

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mind. 2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit einer Ausfallgebühr pro angefallene halbe Stunde mit 100 Euro berechnet.

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogener Daten entsprechend der europäischen Datenschutzgrundverordnung (siehe Aushang im Wartezimmer) zu.

Beilstein, den Unterschrift

Datenschutzerklärung

Name, Vorname

Die EU-Datenschutzverordnung vom 25.5.2018 verpflichtet uns, Sie über den Umgang mit Ihren Patientendaten zu informieren. Im Wartezimmer ist das Informationsschreiben zur Erhebung personenbezogener Daten ausgehängt. Jede

weitere Einwilligung ist freiwillig und jederzeit widerrufbar. Selbstverständlich werden Ihre Daten nur innerhalb unserer Praxisverwaltungssoftware genutzt und verbleiben im System.

Terminreminderung

Als besonderen Service erinnern wir Sie an länger dauernde Termine (z.B. OP-Termine, Präparations- und PZR-Termine).

Ich wünsche eine Terminreminderung:

(Bitte ankreuzen)

- per SMS an die Handynummer
- per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse
- telefonisch unter

Der Termin und Ihr Name können aus technischen Gründen bei Erinnerungen über SMS und Email nur unverschlüsselt übermittelt werden.

Beilstein, den

Unterschrift