

FACHARZTPRAXIS FÜR MUND, KIEFER UND GESICHTSCHIRURGIE

Dr. med. Oliver Schwerdtner & Kollegen

Patienten-Anamnesebogen

(bitte vollständig ausfüllen, auch die Rückseite!!!!)

Nachname, Vorname Geburtsdatum, Geschlecht: m w d

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Telefon privat/mobil (wichtig für Rückfragen) Telefon geschäftlich / Fax

E-Mail Beruf

Krankenkasse gesetzlich privat Beihilfe Basisvertrag

Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Überweisende Arztpraxis

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Mit welchem Anliegen besuchen Sie unsere Praxis? Was wünschen Sie sich von uns?

Einverständniserklärung für die Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!!

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.
Haben Sie Fragen? Wir helfen Ihnen gern!**

Gesundheitszustand bitte ankreuzen **Wichtig: genaue Informationen (Medikamente usw.)**

Herz-Kreislauf Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ja nein _____
Niedriger Blutdruck ja nein _____
Herzerkrankung ja nein _____
Herzoperation ja nein welche: _____
Herzschrittmacher ja nein _____

Infektionskrankheiten

HIV ja nein _____
Hepatitis (A B C) ja nein _____
Tuberkulose ja nein _____

Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen ja nein _____
Lungenerkrankung ja nein welche: _____
Epilepsie ja nein _____
Diabetes Typ I II ja nein _____
Ohnmachtsneigung ja nein _____
Augenleiden (Glaukom) ja nein _____

Allergien/ Unverträglichkeiten

Lokalanästhetika ja nein _____
Schmerzmittel ja nein welche: _____
Antibiotika/Penicillin ja nein welche: _____
andere: ja nein welche: _____

Regelmäßige Medikamente ja nein Wenn ja: Name der Medikamente: _____

Bisphosphonate (Mittel gegen

Osteoporose/Krebserkrankung) ja nein Wenn ja: Name des Medikamentes: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die hier in der Praxis erstellten **Röntgenbilder und/oder Arztbriefe und Befunde**, an meinen überweisenden **Arzt/Zahnarzt und/oder an mich** verschlüsselt per Email gesendet werden dürfen.

ja nein

Raucher ja nein Tägl. Zigarettenkonsum: 1-10 mehr als 10
Schwangerschaft ja nein Wenn ja, welcher Monat? _____

Verbindliche Erklärung:
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten, im Rahmen der Behandlung, stimme ich zu. Im Falle der Drittbefundung oder Analyse durch pathologische Institute bzw. Labore, werden mit Ihrem Einverständnis verschlüsselte Patientendaten ausgetauscht.
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen unverzüglich zu informieren.
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die oben aufgeführten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.
Sollte ich einen vereinbarten Termin kürzer als 48 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt absagen oder nicht wahrnehmen, verpflichte ich mich, eine Pauschale in Höhe von EUR 200,00 als Schadensersatz zu zahlen, wobei es mir freisteht, nachzuweisen, dass kein oder nur ein geringerer Schaden entstanden ist.
Eine Schadensersatzpflicht besteht nicht, wenn der vereinbarte Termin aus Gründen, die ich nicht zu vertreten habe, nicht wahrgenommen werden kann (z. B. plötzliche Krankheit oder ein unvorhergesehener Notfall). Ich verpflichte mich in diesem Falle zur unverzüglichen Information.

Datum _____ Unterschrift Patientin/Patient / Erziehungsberechtigte/er _____