

Anamnesebogen

Zahnärztin Claudia Albrecht | Wasserstraße 1 | 38875 Elbingerode | Tel. 039454 - 42647

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Name _____ Hausarzt _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? _____ ja nein

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir für eine adäquate und möglichst risikofreie Behandlung auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. **Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen.**

Medizinische Vorgeschichte

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislauf- erkrankungen/Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Immunschwäche (z. B. HIV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Depressionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma / Rheum. Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bakter. Endocarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn ja, welche Allergien? _____

Sind Sie auf Endocarditisprophylaxe angewiesen? _____

Sonstige Erkrankungen / Infektionen z.B. MRSA Keim, Tuberkulose: _____

Medikamente: _____

Hatten Sie einen Unfall, evtl. mit Schleudertrauma oder Verletzung der Halswirbelsäule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie oft Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in orthopädischer / kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Darmerkrankung / Verdauungsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben / Hatten Sie eine Bisphosphonattherapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Schnarchmaske oder Schnarchschiene?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Pflegegrad? Wenn ja, bitte den Grad angeben _____		

Für unsere Patientinnen – sind Sie schwanger? ja nein

Allgemeine Hinweise für die Praxis _____

Hiermit bestätige ich, dass ich alle o.g. Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Sind Sie damit einverstanden, ...

... dass wir Sie zwecks Terminabsprache, Terminerinnerung und Recall telefonisch oder per E-Mail kontaktieren dürfen? ja nein

Tel.: _____ E-Mail: _____

Wir bitten Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Std. vorher zu ändern.

Bitte beachten Sie, dass örtliche Betäubungen die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können!

Ort, Datum _____ Unterschrift _____



Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Datum:

Corona-Virus-Infektion Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der aktuellen Corona-Virus-Situation möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie derzeit grippeähnliche Symptome: Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Waren Sie in den letzten 2 Wochen in einem der aktuellen Corona-Virus-Risikogebiete?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6. Wurde bei Ihnen ein Test gemacht, bei dem das Ergebnis noch offen ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

.....

Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihr Verständnis.