

ANAMNESEBOGEN



Dr. Jan Leichsenring Msc.

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich versichert	Privat versichert - nicht im Basistarif	Privat versichert - im Basistarif	Beihilfeberechtigt
Haben Sie eine Zusatzversicherung?	Ja Nein	Haben Sie eine Pflegestufe?	Ja Nein

Hausarzt - Name, Ort

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum, Geschlecht

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

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

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	Ja Nein	Herzerkrankung	Ja Nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	Ja Nein	Herzoperation	Ja Nein
Herzklappenerkrankung- /defekt	Ja Nein	Herzschrittmacher	Ja Nein

bitte vollständig ausfüllen

Infektionskrankheiten:

HIV	Ja	Nein	Tuberkulose	Ja	Nein
Hepatitis	Ja	Nein	andere	Ja	Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika	Ja	Nein	Welches?	_____	
Schmerzmittel	Ja	Nein	Welches?	_____	
Antibiotika	Ja	Nein	Welches?	_____	
Heuschnupfen	Ja	Nein			
andere	Ja	Nein	Welches?	_____	

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen (auch med. bedingt)	Ja	Nein	Nierenfunktionsstörungen	Ja	Nein
Asthma	Ja	Nein	Osteoporose	Ja	Nein
Lungenerkrankung / COPD?	Ja	Nein	Ohnmachtsneigung	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein	Grauer Star	Ja	Nein
Rheuma	Ja	Nein	Grüner Star / Glaukom	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein	Thrombose	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein	andere	Ja	Nein

Allgemeine Angaben:

Künstliche Gelenke - Implantate	Ja	Nein	Wenn ja, Wo?	_____	Seit?	_____
Drogenkonsum	Ja	Nein				
Alkoholgenuss	Ja	Nein	Wenn ja:	selten	oft	regelmäßig
Raucher	Ja	Nein	Wenn ja:	1-10	über 20 Zigaretten am Tag	
Regelmäßige Medikamente	Ja	Nein	Wenn ja, Name:	_____		
Frühere Röntgenuntersuchung im Kieferbereich in einer anderen Praxis	Ja	Nein	Wenn ja, Datum:	_____		
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	Ja	Nein	Wenn ja:	1-10		
Schwangerschaft?	Ja	Nein	Wenn ja, welcher Monat:	_____		

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Wichtige Informationen:

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls kann mir ein Ausfallhonorar für die geplante Behandlungszeit in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Ich gebe mein Einverständnis, dass ich telefonisch informiert werden darf, falls es zu einem Terminausfall Ihrer-/ oder meinerseits kommen sollte.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger