

ANAMNESEBOGEN

DR. RAJKO LIPPERT DR. LAURA REUTTER ZÄ GESINE MELKE DR. ANDREA APRO

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Telefonnummer: Festnetz:
Mobil:
E-Mail:

Adresse: Zahnzusatzversicherung: ja nein

Beihilfe: ja nein

Pflegegrad:

Ist bei Ihnen in den letzten Tagen getestet worden, ob Sie mit dem
Coronavirus infiziert sind? Ja nein

Weiblich Männlich
Körpergröße cm
Körpergewicht kg

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Herz-Kreislaufkrankungen

- Bluthochdruck
- Herzklappenfehler/-ersatz
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Herzoperationen
- Herzinfarkt (wann.....)
- Schlaganfall (wann.....)
- Thromboseneigung
- Blutgerinnungsstörung

Rheumatische Erkrankungen

Infektionskrankheiten

- HIV/AIDS
- Hepatitis /Gelbsucht A B C D E
- Tuberkulose /TBC
- Andere ?

Krebs/Tumore

- Sonstige Erkrankungen:
- Neurologische Erkrankungen
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Lungenerkrankung (Atemnot/Asthma/...)

WELCHE
MEDIKAMENTE
NEHMEN SIE ?

KRANKENHAUS-
AUFENTHALTE

HINWEIS LT. §5
TELEMEDIENGESETZ:
PERSONENBEZOGENE
DATEN WIE NAME,
POSTANSCHRIFT, E-MAIL
ADRESSE,
TELEFONNUMMER ODER
DAS GEBURTSDATUM
WERDEN AUSSCHLIESSLICH
IN ÜBEREINSTIMMUNG MIT
DEM JEWEILS GELTENDEN
DATENSCHUTZRECHT
ERHOBEN UND GENUTZT.

DESWEITEREN WERDEN
RÖNTGENBILDER NUR
WENN NOTWENDIG UND
MIT IHRER ZUSTIMMUNG
VERSENDET.

Bitte wenden! ↗

Operationen im Kopf-/Halsbereich
Weshalb und wann

Augenerkrankungen (Glaukom?)

Zuckerkrankheit/ Diabetes

Osteoporose

Schilddrüsenerkrankungen

Immun-Erkrankungen

Magen-, Darm-, Nierenerkrankungen

Andere, hier ungenannte Krankheiten?

Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf:

Betäubungsspritzen

Antibiotika

Schmerzmittel

Latex

Andere

Allergiepass vorhanden ?

Besteht eine Schwangerschaft?

Drogen- oder Alkoholabhängigkeit

Raucher (tägliche Zigarettenanzahl)

Hausarzt (Name und Telefon)

Kieferorthopädische Behandlung

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne am Tag?

weniger als 1 x tägl. 1 x tägl. 2 x tägl. mehr als 2 x tägl.

Haben Sie regelmäßig Zahnfleischbluten?

Hatten Sie schon mal eine Parodontalbehandlung / Zahnfleischbehandlung?

Bitte teilen Sie uns mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand und/oder Ihre Adresse ändern!

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice in Anspruch nehmen: per Post
 per email

Sie werden gebeten, die vereinbarten Termine einzuhalten oder mindestens 1 Tag vorher abzusagen. Wir weisen darauf hin, dass nicht eingehaltene Termine in Rechnung gestellt werden können (Ausfallgebühr).

Wichtiger Hinweis:

Durch Injektionen (Spritzen) kann die normale Reaktionsfähigkeit herabgesetzt werden. Um Fehlverhalten im Straßenverkehr zu vermeiden, dürfen Sie so lange die Betäubung anhält, nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Datum:

Unterschrift: