

Anamnesebogen

Zahnbrillant Dr. Annekathrin Bruder
Zur Baumwolle 26 09557 Flöha



Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Adresse: _____ Geb.-Ort: _____
Tel. / Handynr.: _____ E-mail: _____

Abweichender Versicherter bei Kindern: _____ Geb.-Datum: _____

Private Krankenversicherung oder Zusatzversicherung? Wenn ja, welche: _____

Rauchen Sie? Ja ___ Nein ___ Nehmen Sie Drogen, wenn ja welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? Ja ___ Nein ___

Wenn ja, welche? _____ Pflegegrad: _____

Haben oder hatten Sie folgenden Erkrankungen?

Diabetes	Ja ___	Nein ___	Schlaganfall	Ja ___	Nein ___
Osteoporose	Ja ___	Nein ___	Herzinfarkt	Ja ___	Nein ___
Endokarditis	Ja ___	Nein ___	Herzschrittmacher	Ja ___	Nein ___
Epilepsie	Ja ___	Nein ___	Blutgerinnungsstörung	Ja ___	Nein ___
Allergien	Ja ___	Nein ___			

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis) Ja ___ Nein ___ wenn ja welche? _____

Haben Sie künstliche Gelenke? Ja ___ Nein ___

Nehmen Sie Bisphosphonate? Ja ___ Nein ___

Leiden Sie unter einer Tumorerkrankung (Chemotherapie)? Ja ___ Nein ___

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger oder Stillen Sie? Ja ___ Nein ___

Ich möchte am Recall-System (Erinnerungsservice) der Praxis teilnehmen: Ja ___ Nein ___

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba/beschlüsse/4036/>.

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner Patientenbezogenen Daten zu: Ja ___ Nein ___

Ort, Datum

Unterschrift