

## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung in unserer Praxis entschieden haben.  
Die Beantwortung der Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sind das Fundament für eine sichere Behandlung.  
Wir bitten Sie deshalb darauf zu achten, uns vollständige und richtige Angaben zu machen.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Zahnzusatzversicherung: \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Ja / Nein

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Haben Sie einen Hausarzt / Überweiser?<br>Name und Adresse: _____     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie einen Hauszahnarzt / Überweiser?<br>Name und Adresse: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?<br>Welche? _____               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### LEIDEN SIE UNTER:

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 5. Asthma, Heuschnupfen oder Allergien?<br>Welche? _____                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Herzerkrankungen? Welche? _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Kreislaufstörungen (z.B. Hyper-, Hypotonie)? Welche? _____              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Rheumatische Erkrankungen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Lebererkrankungen (Gelbsucht)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Diabetes?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Nierenerkrankung?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. infektiösen Erkrankungen? (z.B. HIV, Hepatitis, MRSA)<br>Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. sonstige Erkrankungen? Welche? _____                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich möchte beraten werden über: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internetrecherche:  Praxis-Homepage  Jameda  Sonstige: \_\_\_\_\_

Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ich bestätige die Vollständigkeit sowie die Richtigkeit meiner Angaben.

Sollten Sie einen OP-Termin nicht wahrnehmen können, so bitten wir Sie um rechtzeitige Absage (mind. 24 Stunden vor Ihrem Termin). Bei unentschuldigtem Versäumen eines Termins wird Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 50€ pro halbe Stunde in Rechnung gestellt.

Berlin, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_