

# Anmelde- & Anamnesebogen



GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
DRES. PARTENHEIMER & MALUCHE

Patient	Versicherter (nur falls nicht identisch)
Name:	Name:
Vorname: geb.	Vorname: geb.
Strasse:	Strasse:
PLZ: Ort:	PLZ: Ort:
gesetzlich versichert bei:	gesetzlich versichert bei:
privat versichert bei:	privat versichert bei:

- Telefonnummern, unter denen ich für Terminabsprachen zu erreichen bin:

Telefon privat:

Telefon dienstlich:

- Für privat versicherte Patienten:

Ich habe einen Sozialtarif (Standard- oder Basistarif) gewählt ja  nein

- Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden (ggf. ein Zusatzblatt verwenden):

• Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente (sog. Bisphosphonate) ein: ja  nein   
*Actonel, Aclasta, Alendo, Aredia, Bonviva, Bondronat, Bonifos, Clodron, Denosunab, Didronel, Diphos, Etidronat, Fosamax, Fosavance, Pamidron, Pamifos, Prolia, Ribodronat, Skelid, Tevanate, X-Geva, Zometa*

• Erhalten Sie regelmäßig eine Infusionsbehandlung? ja  nein   
 Wenn ja, weshalb?

• Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (welche?) ja  nein

• Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten)? ja  nein

• Wenn ja, gegen welche Substanzen?

• Rauchen Sie? ja  nein

## Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
• Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Hepatitis (Leberentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wenn ja, wann / welcher Typ?		
• Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzinfarkt/wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schlaganfall/wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infektionskrankheiten (TBC, HIV etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Ist Ihnen eine weitere Erkrankung bekannt? ja  nein   
 Wenn ja, welche?

• Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein  vielleicht

**Mir ist bekannt, dass meine Straßenverkehrstauglichkeit nach operativen Eingriffen eingeschränkt ist. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

Die Datenschutzinformationen der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen

Datum:

Gemeinschaftspraxis

Dr. Lars Partenheimer & Dr. Detlef Maluche

Oralchirurgie & Implantologie

Hedwigstraße 1

47058 Duisburg

Tel.: 0203-3179990

Fax: 0203-3179991

mail@fachzahnarzt.org

www.fachzahnarzt.org

Unterschrift:

