

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, Bonefos, 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:

