

ANAMNESEBOGEN & ANMELDEFORMULAR



Zahnarzt M.Sc Nezam Sakr

45355 Essen Altendorfer Str. 535

Tel: 0201/ 674000

Personalien:

Patient: Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Versicherter: Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße: _____ Tel: _____ mobil: _____

PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____

gesetzliche Versicherung freiwillig versichert Zusatzversicherung private Versicherung Basisarist

Hausarzt/andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind: _____

Krankenkasse/-versicherung: _____

*Beruf: _____ *Arbeitgeber: _____ *Tel. geschäftlich: _____

*Anschrift Arbeitgeber: _____ *freiwillige Angabe

Gesundheitsfragebogen:

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Die Fragen dienen der Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie diese gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Mitarbeiterinnen.

- | | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Hatten/haben* Sie ein Leberleiden ?
(Gelbsucht, Hepatitis)
<small>* Zutreffendes bitte unterstreichen</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie manchmal Atemnot oder Brustschmerzen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Hatten/haben* Sie Tuberkulose (Tbc)?
<small>* Zutreffendes bitte unterstreichen</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Müssen Sie oft husten?

Husten Sie manchmal auch Blut oder Schleim ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Leiden Sie an Aids* oder sind Sie HIV Positiv* ?
<small>* Zutreffendes bitte unterstreichen</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie an Asthma ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung oder hat sich Ihr Gesundheitszustand irgendwie verschlechtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie Bluterkrankungen oder Blutungsneigungen (z.B.nach Verletzungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Sie Sie schwanger ? <input type="checkbox"/> weiß nicht
<small>(Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft mit)</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ist bei Ihnen ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf auffällig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Sind jemals Probleme bei ärztlicher Behandlung aufgetreten?
Wenn Ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Leiden Sie an Diabetes mellitus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <hr/> | | |
| 8. Leiden Sie an grünem Star ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Haben Sie Angst vor Zahnbehandlung oder gibt es Erlebnisse mit zahnärztlicher Behandlung, über die Sie mit uns sprechen möchten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie ein Prostataleiden ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie ein Schilddrüsenleiden ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Halten Sie es für nützlich, dass wir Sie über neue Erkenntnisse im Bereich der Zahnpflege informieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <hr/> | | | | | |
| 12. Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen, wie z.B. Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 13. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

14. Reagieren Sie **überempfindlich** auf

irgendwelche Substanzen/Arzneien?

Oder haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche?

Die Patienten-Information zu Art. 13 DS-GVO (Datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass meine Daten im Falle einer medizinischen Notwendigkeit an den weiter- oder mitbehandelnden Arzt weitergegeben werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____