

Zahnarztpraxis Fr. Dr. Andrea Marliani
Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde / Alterszahnheilkunde

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum/Ort _____

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Versicherter

(wenn Familienversichert)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

(Falls abweichend)

Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnr.

Privat _____ Mobil _____ E-Mail Adresse _____

Krankenkasse

_____ Zusatz Versichert Privat versichert Beihilfe

Beruf

_____ **Empfohlen / Überwiesen** _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!!!

Hausarzt

Name _____ Anschrift _____ Telefonnummer _____

Facharzt

Name _____ Anschrift _____ Telefonnummer _____

Welche Medikamente nehmen Sie Regelmäßig ein? _____

Haben Sie Allergien? Eine Medikamentenunverträglichkeit? (Wenn ja, welche?)

Liegen oder lagen Erkrankungen vor:

Leiden Sie an:

Herz? ja nein

Diabetes? (Zucker) ja nein

Bluthochdruck? ja nein

Rheuma? ja nein

Blutgerinnung? ja nein

Infektionskrankheiten? ja nein

Lunge? (Asthma u. a.) ja nein

(TBC, AIDS, Hepatitis A/B/C) ja nein

Leber ? (Gelbsucht u. a.) ja nein

Epilepsie? ja nein

Niere? ja nein

Blutungsneigung? Blutverdünnung? ja nein

Magen / Darm ? ja nein

Blutarmut? (Anämie) ja nein

Weitere Angaben:

Nehmen Sie Beruhigungs - / Aufputzmittel? ja nein Wenn ja welche? _____

Sind Sie Drogen - / Alkoholabhängig? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Monat? _____

Rauchen Sie? ja nein Wie viel? _____

Zeigen Sie Spritzenreaktionen? (Ohnmacht, o. ä.) ja nein

Nehmen Sie Knochenstoffwechsel-Medikamente oder bekommen Spritzen (**Bisphosphonate**)?

ja nein

Haben Sie sonst eine Erkrankung, die hier **nicht** aufgeführt ist: ja nein

Welche: _____

Haben Sie einen Pflegegrad (früher Pflegestufe)? ja nein Wenn ja, welche: _____

Wichtiger Information:

Alle Informationen unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(Bei Minderjährigen, bitte Erziehungsberechtigte/r)

Durch Einführung des Patientenrechtsgesetzes (PRG) und dem neuen § 630f BGB sind nunmehr per Gesetz die Dokumentationsinhalte vorgeschrieben, wobei die Anamnese explizit als dokumentationspflichtiger Inhalt der Patientenakte festgelegt ist.