



Anamnesebogen

Patientendaten					
Patientenname:				Geb.-Datum:	
Telefonnummer:		Beruf:		Arbeitsstelle:	
Hausarzt/ Zahnarzt:					
Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?		Wo?			
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie regelmäßig?	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Drogen?	
Antibiotika in den letzten 3 Monaten?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, was und wann?	
Zutreffendes bitte ankreuzen!					
Regelmäßige Medikamente					
<input type="checkbox"/>	Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Antidiabetika		
<input type="checkbox"/>	Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	Rheumamittel		
<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Weitere:		
<input type="checkbox"/>	Psychopharmaka				
Gerinnungshemmende Medikamente					
<input type="checkbox"/>	Aspirin/ ASS	<input type="checkbox"/>	Plavix/ Iscover/ Clopidogrel/ Duoplavin		
<input type="checkbox"/>	Brillique/ Ticagrelor	<input type="checkbox"/>	Pradaxa/ Xarelto		
<input type="checkbox"/>	Marcumar/ Falithrom/ Eliquis (Apixaban)	<input type="checkbox"/>	Sonstige:		
Bisphosphonate/ Osteoporose / Tumormittel					
<input type="checkbox"/>	Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt (Infusionen, Tabletten)? Wegen welcher Erkrankungen?		<input type="checkbox"/>	Mit welchem Präparat? Z.B.: Alendron, Bonviva, Bondronat, Actonel, Fosavance...?	
	Wann?		<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Osteoporosemittel ein?	
			<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Tumormittel ein?	
Allergien					
<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	Metalle		
<input type="checkbox"/>	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	Allergiepass vorhanden?		
	Welche:	<input type="checkbox"/>	Sonstige Allergien		
<input type="checkbox"/>	Latex		Welche:		
Stoffwechselerkrankungen					
<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung		
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	Sonstige:		
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II				



Anamnesebogen

Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Herzpass	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Thrombose
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:
<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher		
Atemwegs-/ Lungenerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:
<input type="checkbox"/>	Tuberkulose		
Blut			
<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Nachbluten nach Operationen
<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	Sonstige:
Skelettsystem/ Knochen			
<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Sonstige:
<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankungen		
Leber			
<input type="checkbox"/>	Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	Hepatitis: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	Sonstige:
Augenerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Welche:		
Nierenerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Dialysepflicht	<input type="checkbox"/>	Sonstige:
<input type="checkbox"/>	Nierensteine		
Magen-/ Darmerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Welche:		
Nervenerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	Sonstige:
<input type="checkbox"/>	Depressionen		
Tumorerkrankungen			
<input type="checkbox"/>	Operation	<input type="checkbox"/>	Welcher Tumor und wann?
<input type="checkbox"/>	Chemotherapie		
<input type="checkbox"/>	Bestrahlung		
Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand!			
OP-Termine müssen mindestens 24 h vorher abgesagt werden, da sonst eine Gebühr nach GOÄ und GOZ erhoben wird.			
Datum, Unterschrift (Patient/ Personensorge- berechtigter):			



Anamnesebogen

Datenschutzinformation und Einwilligung zur Datenweitergabe

Name des Patienten	
Anschrift	
Geburtsdatum	

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Datenschutz ist uns wichtig; deswegen möchten wir Ihnen folgende Informationen geben:

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind wir **gesetzlich verpflichtet**, Ihre **personenbezogenen Daten** (insbesondere Name, Geburtsdatum, Adresse sowie bisherige und zukünftige medizinische Daten) **aufzuzeichnen**. Die elektronische Datenverarbeitung ist für Ihre Behandlung unerlässlich und erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die **Mitarbeiter der Praxis** Einblick in Ihre Daten haben, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist. Wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Wir teilen Ihnen mit, dass wir Ihre **Behandlungsdaten** im Rahmen Ihrer **Mit- und Weiterbehandlung** (Überweisungen) an **andere Ärzte und Einrichtungen** weitergeben. Außerdem informieren wir Sie darüber, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an **Leistungsträger der Sozialversicherung** (bspw. Krankenkassen, etc.) weitergegeben werden.

Ihre Einwilligung:

Ich willige ein, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **an meinen Hausarzt** übermittelt werden dürfen (§ 73 Abs. 1b SGB V).

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die **folgenden Personen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name Bevollmächtigter: _____

Name Bevollmächtigter: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich auf die **ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz** hingewiesen worden bin!

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie diese Einwilligung zur Weitergabe Ihrer persönlichen Daten **jederzeit widerrufen** können!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Sorgeberechtigten



Anamnesebogen

Vollmacht zur Anforderung meiner Daten

Hiermit bevollmächtige ich

Patientendaten	
Name:	
Anschrift:	
Geb.-Datum:	

die Praxis

Dr. med. Gerd Wohlrab
Praxis für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie
Friedrich-Engels-Ring 2, 17033 Neubrandenburg

folgende Unterlagen anzufordern:

Aktuelle Befunde
Aktuelle Röntgenbilder

Medikamentenplan
Quick-Wert

Ort, Datum

Ort, Datum

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Patient

Unterschrift Patient

Unterschrift Patient