



Informations- und Anamnesebogen für privat Versicherte

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau.

(Zutreffendes bitte ankreuzen / unterstreichen / evtl. ergänzen)

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen bei der Beantwortung gern behilflich. Bitte sprechen Sie uns an.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. privat: _____
E-Mail-Adresse: _____

Tel. dienstlich: _____

Versichert bei welchem Unternehmen: _____

Tarifliche Besonderheiten: Basistarif Beihilfeberechtigt Volltarif

Allgemeine Angaben und Informationen

nähere Angaben

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Für Frauen: Sind Sie schwanger? Welcher Monat? Stillen Sie?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Pflegegrad vorhanden? Wenn ja, welcher?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Einnahme gerinnungshemmender Mittel (ASS, Falithrom,...)?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Regelmäßige Medikamente?

Ja Nein Drogenkon

Herz-Kreislauferkrankungen

Ja Nein Besitzen Sie einen Herzpass?

Ja Nein Bluthochdruck

Ja Nein Niedriger Blutdruck

Ja Nein Herzklappenerkrankung / -ersatz

Ja Nein Herzoperationen / Herzschrittmacher

Ja Nein Herzerkrankungen / -infarkt / -rhythmusstörungen

Ja Nein Herzinfarkt, wann?

Ja Nein Endokarditis

Ja Nein Sonstige

Infektionserkrankungen

Ja Nein Tuberkulose A B C
 Ja Nein Hepatitis
 Ja Nein AIDS / HIV +
 Ja Nein Sonstige

Bitte wenden!

Bitte wenden!

Allergien**nähere Angaben**

Ja Nein Sind Allergien bekannt?

falls ja,

Allergie gegen: Metalle (z.B. Nickel)

Kunststoffanteile
(z.B. Methacrylat)

Latex

Lokalanästhetika / Spritzen

Medikamente (z.B. Penicillin,
Schmerzmittel)

andere Substanzen (z.B. Gräser,
BienenGift?)

Ja Nein Besitzen Sie einen Allergiepass?

Weitere Erkrankungen

Ja Nein Blutbildveränderungen

Ja Nein Asthma / Atemwegserkrankungen

Ja Nein Zuckerkrankheit (Diabetes)

Ja Nein Anfallsleiden (Epilepsie)

Ja Nein psychische Erkrankungen

Ja Nein Osteoporose

Ja Nein Tumorerkrankungen

Ja Nein Nierenfunktionsstörungen /
Lebererkrankungen

Ja Nein Schilddrüsenerkrankungen

Ja Nein Sonstige

Organisatorisches:

Wünschen Sie einen Recall per E-Mail? Ja Nein (→ jährliche Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen)

Wenn ja, senden wir Ihnen jährlich eine Nachricht mit der Bitte um Terminvereinbarung. Bitte geben Sie uns dazu umseitig Ihre E-Mail-Adresse an.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden/Bekannten Information beim Hausarzt Internet Überweisung
 Sonstiges: _____

Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen:

Alle Informationen und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO). Sie werden streng vertraulich behandelt. Mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen und behandlungsrelevanten Daten, ggf. Übermittlung an Auftragnehmer (z.B. Dentallabore) erklären Sie sich hiermit einverstanden. Sie können diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen. Die behandlungsrelevanten Daten unterliegen gesetzlicher Aufbewahrungsfristen. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Die ausführliche Datenschutzerklärung unserer Praxis können Sie auf Nachfrage gern einsehen.

Verantwortlich: Dr. Roman Pönisch, Otto-Harzer-Straße 30, 01156 Dresden, Tel: 0351/412 93 23

Ich verpflichte mich, Sie über alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, entsprechend zu informieren.

Dresden, den _____ Unterschrift _____