



Dr. med. Thomas Franke

IMPLANTOLOGIE, MUND-, KIEFER- &
ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Damit erhalten wir wichtige Informationen, die ggf. Auswirkungen auf Ihre Behandlungen haben. Bestimmte Daten benötigen wir zudem für einen reibungslosen Verwaltungsablauf sowie für zustimmungspflichtige Patientenservices.

PATIENTIN / PATIENT

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Tel. privat _____
Tel. geschäftlich _____
Mobil _____
Email _____
Beruf _____

ZAHLUNGSPFLICHTIGER (in der Regel Patient/in selbst, bei Kindern der Erziehungsberechtigte)

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Tel. privat _____
Tel. geschäftlich _____
Mobil _____
Email _____
Name Krankenkasse oder Versicherung _____

SIE SIND

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> privat zusatzversichert |

NAME & ANSCHRIFT HAUSARZT / HAUSÄRZTIN

NAME & ANSCHRIFT HAUSZAHNARZT / HAUSZAHNÄRZTIN

HATTEN ODER HABEN SIE FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. Viruslast	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ggf. Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Knochenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	ggf. Bisphosphonate / Knochentropf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja, wann?	_____	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja, wann?	_____	<input type="checkbox"/> nein
Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja, seit wann?	_____	<input type="checkbox"/> nein
Krebs	<input type="checkbox"/> ja, seit wann & was?	_____	<input type="checkbox"/> nein
Wie hoch ist Ihr Blutdruck?	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, SSW	_____	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja, Anzahl / Tag / Jahre	_____	<input type="checkbox"/> nein

Sonstige Mitteilungen an uns, z.B. andere Krankheiten _____

SIND SIE ANGSTPATIENT/IN ? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche & wie oft? ja nein

Haben Sie eine Medikamentenliste? ja nein

Gibt es allergische Reaktionen auf Medikamente? Wenn ja, welche? ja nein

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Ich bin einverstanden, dass ich an meinen Termin telefonisch, per Post, per Email oder per SMS erinnert werde ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG DES PATIENTEN ZUR ÜBERMITTLUNG VON BEHANDLUNGSDATEN UND BEFUNDEN (§ 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Zahnarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an die Praxis Dr. med. T. Franke weiterzuleiten.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. T. Franke, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt, Zahnarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Berlin, den _____

Datum/Unterschrift Patient/in oder des Erziehungsberechtigten

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben)

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzregelungen.