

Anamnesebogen

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Patient: Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter Patient angegeben)

Name: Vorname: geb.:

Krankenkasse: AOK Chemnitz

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung | <input type="checkbox"/> private Versicherung | Beruf (freiwillige Angabe): |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Vollversicherung | Arbeitgeber (freiwillige Angabe): |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> beihilferechtigt | Tel. geschäftl.: |
| <input type="checkbox"/> Kostenerstattung | <input type="checkbox"/> Basistarif | |

Anschrift:

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben

Leiden Sie an:	Ja	Nein	Details
Herz-, Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen od. Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, Aids, Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen / evtl. Pflegegrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (Insb. Bisphosphonate!) Bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie andere Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befanden Sie sich im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?		
Ich möchte eine Terminbestätigung per SMS/E-Mail erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Achtung:

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da hier sonst die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Ich bin darüber informiert, dass ich nach Injektionen beeinträchtigt bin und auf eigene Gefahr am Straßenverkehr teilnehme.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

.....
 Datum Unterschrift Patient / Versicherter / Versorgungsberechtigter