



Anamnesebogen

Patient:in: Name, Vorname: _____ geb.: _____

Gesetzliche(r) Vertreter:in: Name, Vorname: _____

Anschrift: Straße, PLZ, Ort: _____ Telefon: _____

Hausarzt/-ärztin: Name: _____ Anschrift: _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um folgende Angaben.

- | | |
|--|--------------------------|
| Leiden Sie unter... | Nein |
| · Erkrankungen des Kreislaufs? (Herz) | |
| <input type="checkbox"/> Ja: _____ | <input type="checkbox"/> |
| · Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, Aids, Hepatitis) | |
| <input type="checkbox"/> Ja: _____ | <input type="checkbox"/> |
| · Asthma? | |
| <input type="checkbox"/> Ja: _____ | <input type="checkbox"/> |
| · Allergien? (Allergiepass?) | |
| <input type="checkbox"/> Ja: _____ | <input type="checkbox"/> |
| · Sonstigen Erkrankungen?
(Osteoporose, Karzinome usw.) | |
| <input type="checkbox"/> Ja: _____ | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
(Welche? Bitte angeben – insbesondere Blutverdünner) | |
| <input type="checkbox"/> Ja: _____ | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Schwangerschaft? | |
| <input type="checkbox"/> Ja, Monat: _____ | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | |
| <input type="checkbox"/> Ja, Zigaretten pro Tag: _____ | <input type="checkbox"/> |

Hinweise

Wenn Sie Ihre *Krankenversichertenkarte* heute nicht vorlegen konnten, reichen Sie sie bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil wir sonst unsere erbrachten Leistungen privat berechnen müssen.

Bei einer *lokalen Betäubung* kann es in seltenen Fällen zu Komplikation kommen wie Hämatomen, Sensibilitätsstörungen, motorische Ausfallerscheinungen, Spritzenabszess, Kanülenbruch. Ihre Konzentrationsfähigkeit kann eingeschränkt sein. Deshalb sollten Sie keine Fahrzeuge lenken und keine Maschinen bedienen. Essen und Trinken Sie erst wieder, wenn das anästhesiebedingte Taubheitsgefühl nachlässt.

Wie allgemein üblich, berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Steigerungssätze der GOZ.

Ihre Angaben unterliegen der *ärztlichen Schweigepflicht* und dem *Datenschutz*. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr nach geltender Satzung berechnen.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und teile Ihnen Änderungen selbstständig mit.
Ich bin damit einverstanden, dass für weitere Behandlungen keine erneute Aufklärung stattfindet.

Ort, Datum

Unterschrift