

Anamnese

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und bitten Sie, den Anamnesebogen gewissenhaft auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

ausgeübter Beruf: _____

Telefonnummer: _____ eMail: _____

	Ja	Nein
1. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher / heilpraktische Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, warum? _____		
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		
3. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen / Überempfindlichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente, welche die Blutgerinnung hemmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen bzw. haben Sie eine durchgemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdruck zu hoch / zu niedrig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzfehler / Herzklappenprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemwegs-/ Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstliche Gelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (z.B. HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Besteht zu Zeit eine Schwangerschaft (weibl. Patientinnen!)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Besteht eine Pflegestufe (§ 15 SGB XI) oder Eingliederungshilfe / Behinderung (§ 53 SGB XII)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datenschutzhinweis nach DSGVO (auf Wunsch an der Rezeption einzusehen)! Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Abrechnung mit den Leistungsträgern, Auftragserteilung für Dentallabore und für den Recall-Service zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Langebrücker Str. 4
01109 Dresden
Tel: 0351/8904593
Fax: 0351/8909928
zahnarzt-dr-reuter@web.de
www.zahnarztpraxis-reuter.de

Dr. med. dent. Cathrin Reuter

- Praxisinhaberin
- Umwelt-Zahnmedizin (DGUZ)
- Applied Kinesiology & Akupunktur (IMAK & DAARV)
- Funktionsdiagnostik

Angestellte Zahnärzte:

Jana Engelmann

- Allgemeine und ästhetische Zahnheilkunde
- Kinderzahnheilkunde

Zahnmedizinische

Prophylaxeassistentin:

Simone Johne

Susann Soltysiak

Verwaltungsassistentin:

Ute Heinig