



**BACK & BLUME**

## Anamnesebogen

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeit und um bei der Behandlung Ihrer Beschwerden Ihren derzeitigen Gesundheitszustand berücksichtigen zu können, bitten wir Sie, das nachstehende Formular sowie die Folgeseite auszufüllen und an der Anmeldung abzugeben.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden deshalb streng vertraulich behandelt.

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Beihilfe \_\_\_\_\_  
Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

### Versicherter:

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
Email-Adresse \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

### Zu behandelnder Angehöriger:

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
Email-Adresse \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes \_\_\_\_\_ Name des Zahnarztes \_\_\_\_\_  
Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie bei Bedarf per Email oder per SMS an einen großen OP-Termin erinnern?

Ja, bitte per Email

Ja, bitte per SMS

Nein



Leiden Sie an einer Erkrankung, wegen der Sie in ständiger ärztlicher Behandlung oder Betreuung stehen?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine ansteckende Infektionskrankheit, wie z.B. Hepatitis oder sind Sie HIV positiv?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen nach chirurgischen Eingriffen/Verletzungen länger andauernde Blutungen auf? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente, die eine Veränderung der Blutgerinnung herbeiführen sollen (Marcumar o. Ä.)?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie bisher eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen bestimmte Medikamente festgestellt?

Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter hohem Blutdruck? \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie eine Lebererkrankung? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Asthma? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter nervösen Beschwerden (Schlafstörungen, Herzklopfen, Magengeschwür etc.)?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei Knochenregenerationsstörungen)? \_\_\_\_\_

Bekommen oder bekamen Sie regelmäßig eine Infusion? \_\_\_\_\_

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt? \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

- Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mindestens zwei Stunden lang selbst kein Kraftfahrzeug führen.
- Bei operativen Eingriffen im Kieferbereich, vor allem im Unterkiefer, können Reizleitungsstörungen (Gefühllosigkeit) auftreten, die aber in der Regel nur vorübergehender Natur sind.
- Aus Gründen der Sorgfaltspflicht wird gewöhnlich Gewebe (z.B. Zysten o.Ä.), das im Rahmen eines operativen Eingriffs entnommen wurde, zur histologischen Begutachtung eingeschickt. Sollte sich hier ein unerwarteter Befund ergeben, werden wir Sie umgehend unterrichten.
- Wir informieren Sie darüber, dass für unsere Leistungsabrechnung Daten an Dritte zur Eingabe der Positionen weitergegeben werden müssen.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_