

# Anmelde- und Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine bestmögliche medizinische Behandlung benötigen wir zuvor Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie alle Fragenfelder sorgfältig aus, da auch scheinbar Kleinigkeiten eine Wichtigkeit für Ihre Behandlung haben können. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich Ihrer Karteikarte beigelegt und gespeichert. Weitere Informationen bzgl. der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß der EU-DSGVO finden Sie auf unserer Webseite oder Fragen Sie unsere Mitarbeiter.



PRAXIS SPOYPALAIS  
Oralchirurgie & Implantologie

Dr. med. dent. Ulrich Grassl  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Master of Science in Oral Implantology  
Master of Science in Parodontologie  
Opschlag 8 – 47533 Kleve  
Fon +49 2821 9780430  
Fax +49 2821 9780431  
www.praxis-spoypalais.de  
info@praxis-spoypalais.de

## Anmeldung

Name	Vorname	Geb.-Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (privat)	Telefon (mobil)	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	Hausarzt	Haus-Zahnarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Krankenversicherung:

Gesetzlich	<input type="checkbox"/>	Falls GKV: Liegt eine Zusatzversicherung vor?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Privat	<input type="checkbox"/>	Falls PKV: Liegt nur ein Basistarif mit Nachweis vor?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
		Haben Sie noch eine Beihilfe?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Falls Sie **nicht** selbst auf den eigenen Namen versichert sind, geben Sie bitte nachfolgend Name und Adresse des Versicherten an

Name, Vorname	Geb.-Datum	Familiärer Bezug
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Anamnese

- Sind Sie aktuell in **ärztlicher Behandlungen** oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren einen Krankenhausaufenthalt (Operationen)? ja  nein
- Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein oder bekommen Sie Injektionen bei Ihrem Hausarzt? ja  nein   
Wenn ja, welche?: (wichtig z.B. Blutverdünner, Medikamente für den Knochen, Cortison, etc.)
- Sind bei Ihnen **Allergien** oder **Überempfindlichkeiten** (auch bzgl. Medikamenten) bekannt? ja  nein   
(z.B. Allergie gegen Penicillin, Latex, Jod, Cortison, etc.?)
- Sind Sie **Raucher** oder konsumieren Sie täglich andere **Genussmittel**? ja  nein   
Wenn ja, welche? (z.B. Nikotin, Alkohol, Cannabis, andere Drogen, etc.)

Bitte wenden

# Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

## 5. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

Bluthochdruck (Hypertonie)

ja  nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

ja  nein

Hirnfarkt / Apoplex / Embolien

ja  nein

## 6. Herzerkrankungen

Angina Pectoris (Brustschmerz bei Belastung?)

ja  nein

Koronare Herzkrankheit (Bypass oder Stent?)

ja  nein

Herzinfarkt

ja  nein

Künstliche Herzklappe (biologisch oder mechanisch)

ja  nein

Endokarditis (Herzklappenentzündung)

ja  nein

Herzschrittmacher

ja  nein

## 7. Lungenerkrankungen

Asthma

ja  nein

COPD

ja  nein

Tuberkulose (TBC)

ja  nein

## 8. Lebererkrankungen

Leberzirrhose

ja  nein

Hepatitis A  B  C

ja  nein

## 9. Nierenerkrankungen

Niereninsuffizienz

ja  nein

## 10. Magen-Darm-Erkrankungen

Haben Sie regelmäßig Magenprobleme oder Sodbrennen?

ja  nein

Hatten Sie bereits einen Magenerkrankung?

ja  nein

Andere Darmerkrankungen? (z.B. Morbus Crohn, etc)

ja  nein

## 11. Stoffwechselstörungen oder Immunerkrankungen?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Typ I  Typ II

ja  nein

Osteoporose

ja  nein

Rheuma oder rheumatische Beschwerden

ja  nein

Schilddrüsenerkrankung

ja  nein

HIV-Infektion / AIDS

ja  nein

## 12. Bluterkrankungen

Hämophilie Typ A  Typ B

ja  nein

Andere Hämorrhagische Diathesen (z.B. Faktor-Mangel, etc.)

ja  nein

## 13. Nervensystem-Erkrankungen

Epilepsie (Anfallsleiden)

ja  nein

## Weitere Fragen:

14. Ist bei Ihnen eine **andere Erkrankung** bekannt?

ja  nein

Wenn ja, welche?:

15. Ist oder war bei Ihnen mal eine **Chemo- oder Strahlentherapie** nötig?

ja  nein

16. Wurden in den letzten 12 Monaten **Röntgenaufnahmen** im Kopfbereich durchgeführt?

ja  nein

17. Haben Sie einen **Allergie-Pass** oder einen **Herz-Pass**?

ja  nein

18. Für Patientinnen: Besteht eine **Schwangerschaft** (oder die Möglichkeit einer Schwangerschaft)?

ja  nein

Mit der Unterschrift bestätige ich die Angaben nach bestem Wissen auf Richtigkeit und Vollständigkeit ausgefüllt zu haben. Ich bin damit ein-verstanden, dass Angaben und Daten zu meiner (oder meines Kindes / oder Vormundschaft) gespeichert und zum Zwecke der Kommunikation mit anderen Einrichtungen (wie z.B. Hausarzt, Zahnarzt, Krankenkassen, andere Dienstleister, etc.) analog oder digital übermittelt werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Sollten sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen Ihres Gesundheitszustandes ergeben, bitten wir Sie, uns hierüber zeitnah zu informieren.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!  
Ihr Team vom Praxis Spoypalais

Datum

Unterschrift