

Anamnesebogen

Name: Geb. Datum:

Anschrift:

Telefon: Beruf:

Hausarzt: Krankenkasse:

Gewicht: bis 70 kg 70 - 130 kg über 130 kg Zusatzversicherung Ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? (Name des Präparats/Wirkstoff)

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein
Z.B.: Marcumar, ASS, Aspirin, Wodanet, Plavix, o. ä.

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie je:

• eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente/Spritzen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

• Schwierigkeiten mit langem Bluten? ja nein
• eine bösartige Erkrankung? ja nein

Haben Sie:

• einen Herzpass? ja nein
• einen Herzschrittmacher? ja nein
• Bluthochdruck? ja nein
• Diabetes? (Zuckerkrankheit) ja nein
• Schilddrüsenerkrankungen? ja nein
• Atemwegserkrankungen? ja nein
• Allergien? Wenn ja, welche? ja nein

Hepatitis? A B C ja nein

HIV Infektion? ja nein

Andere schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfohlen durch _____

Internet Presse Sonstiges _____

Ausfallhonorar

Sie kommen zur Arztbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit an andere Patienten vergeben können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.

Bitte berücksichtigen Sie, dass Sie nach einer örtlichen Betäubung (Spritze) mindestens 5 Stunden straßenverkehrsuntauglich sind! Bei örtlichen Betäubungen im Unterkiefer kann es in seltensten Fällen zu Nervenschädigungen im Bereich der Zunge und der Lippen kommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere diese Vereinbarung.

Datum _____ Unterschrift des Patienten _____