

Anamnesebogen für Pflegebedürftige

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit Ihres Angehörigen anvertrauen wollen!

Im Interesse der Behandlung Ihres Angehörigen bitten wir Sie, diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir gerne. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen an Ihren Aussagen, bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen.

Wir bedanken uns für Ihre Bemühung.

Zu Ihrer Person:

Vorname		Nachname	
Geburtstag			
Straße, Nr.			
PLZ Wohnort			
Pflegeheim		Etage/Wohnber.	
Telefon privat		Mobil	
Versicherung	Privat	Gesetzlich	Name
Hausarzt (Vor- und Zuname)			
Liegt ein Pflegegrad §15 SGB V/ Eingliederungshilfe § 53 SGB XII vor?		Ja	Nein
Wenn ja, welcher?			
Schwerbehindertenausweis vorhanden?		Ja	Nein

Betreuer / Bevollmächtigter / Ansprechpartner:

Vorname		Nachname	
Geburtstag			
Straße, Nr.			
PLZ Wohnort			
Telefon privat		Telefon berufl.	
Mobil			
Unterzeichnungsberechtigt		Ja	Nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	Einnahme von Medikamenten? Welche? Bitte eintragen oder Medikamentenplan vorlegen!	
Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? (z.B. Herzschrittmacher, bakterielle Endokarditis, Herzklappenersatz, angeborene oder erworbene Herzfehler/ Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörung, koronare Herzkrankheit, ...)	Ja	Nein
Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation?	Ja	Nein
Künstlicher Bluter (z.B. Xarelto, Lixiana, ASS, Efient, Eliquis, Pradaxa, Plavix, Brilique, Iscover, ...)	Ja	Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenunter- oder überfunktion?	Ja	Nein
Allergien? Unverträglichkeiten ? Wenn ja, welche Art? (z.B. Heuschnupfen, Medikamente) • Sind bei früheren zahnärztlichen Behandlungen Unverträglichkeiten aufgetreten? • bitte Allergiepass vorlegen!	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
Nierenerkrankung	Ja	Nein
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	Ja	Nein
Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)	Ja	Nein
Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Haben Sie in der Vergangenheit Bisphosphonate erhalten? (bei Osteoporose, Knochenkrebs)	Ja	Nein
Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, Gelbsucht, AIDS, ...)	Ja	Nein
Nervenerkrankung (z.B. Depressionen)	Ja	Nein
Besteht eine Schwangerschaft?	Ja	Nein
Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen?	Ja	Nein

Datenschutz

Ich stimme hiermit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Die Datenschutzverordnung der Praxis kann auf Wunsch eingesehen werden.

Datum

Bitte speichern Sie dieses PDF-Formular auf Ihrem Computer, füllen es aus und senden es anschließend per E-Mail an kontakt@beierlein-zahn.de.