



DR MARETZKI
ET KOLLEGEN

PATIENTEN
ANAMNESE
BOGEN

DIE NEUE MÜNDLICHKEIT

Mitmachen lohnt sich! Die Zeit, die Sie benötigen werden, um diesen Bogen auszufüllen ist allerbestens investiert. Betrachten Sie es als wertvollen Gesundheitsbeitrag, mit dem Sie uns in die Lage versetzen, Ihre Wünsche optimal zu erfüllen und Ihre Behandlungsbedürfnisse gemäß Ihren Vorstellungen zu individualisieren. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Sollte es Ihrerseits noch irgendwelche Fragen geben, wenden Sie sich bitte jederzeit an uns; sollten wir Zusatzinformationen benötigen, wenden wir uns nochmal ganz persönlich an Sie.

PATIENT

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

NAME | VORNAME

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

STRASSE | NR

PLZ

ORT

TELEFON PRIVAT

TELEFON ARBEIT

MOBIL

E-MAIL

BERUF

ARBEITGEBER

VERSICHERUNG

ZUTREFFENDES BITTE MARKIEREN

KRANKENKASSE

GESETZLICH

PRIVAT

ZUSATZVERSICHERUNG

BASISTARIF

BEIHILFEBERECHTIGT

Sind Patient und der Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte folgende Angaben:

NAME | VORNAME

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

STRASSE | NR

PLZ

ORT

ARZT | MANUALTHERAPEUT

NUR BEI NEBENSTEHENDEN VORERKRANKUNGEN

NAME | STRASSE | NR

PLZ

ORT

NAME | STRASSE | NR

PLZ

ORT

VOLLKOMMEN. GANZHEITLICH. SYSTEMATISCH.

Wir wollen aus wissenschaftlicher und gesundheitsdienstlicher Verpflichtung, dafür sensibilisieren, daß der Mundraum des Menschen kein geschlossener ist. Im Gegenteil, der Mund ist ein Ort des Übergangs, der Übersetzung und der Verbindung. Wie unser Bewußtsein kann sich auch unser Organismus über den Mund, also über die Zähne, das Zahnfleisch, den Kiefer, mitteilen - und tut es auch. Wir sprechen diese Sprache. Lassen Sie uns zuhören.

GESUNDHEIT

BITTE MARKIEREN | AUSFÜLLEN

ALLERGIEN

JA NEIN

- Allergiepass
 Heuschnupfen
 sonstige:

ANGST

JA NEIN NUR FÜR ANGSTPATIENTEN

- Ausgeliefertsein
 Behandlung (lange)
 Bohrer | Geräusche
 Desinfektionsgeruch
 Hände im Mund
 Hektik
 Instrumente
 Schmerzen
 Wartezeiten

ATEMWEGE | LUNGE

JA NEIN

- Asthma
 Bronchitis (chronisch)
 Lungenentzündung
 Mundgeruch

AUGEN

JA NEIN

- Grüner Star
 Grauer Star

BEWEGUNGSAPPARAT

JA NEIN

- Arthritis
 Fibromyalgie
 Gicht
 Osteoporose
 Rheuma
 sonstige:

LEBER | NIEREN

JA NEIN

- Dialysepflichtigkeit
 Nierenerkrankung
 sonstige:

BLUT

JA NEIN

- Blaue Flecken (schnell)
 Blutarmut
 Nachbluten (lange)
 Gerinnungsstörungen
wenn ja, welche:

FUNKTIONSTÖRUNG

JA NEIN

- Augenschmerzen
 Gesichtsschmerzen
 Kiefergelenkgeräusche
 Kiefergelenkschmerzen
 knirschen | pressen
 Kopfschmerzen
 Mundöffnung (gestört)
 Nackenschmerzen
 Ohrsymptome | Tinnitus
 Verspannungen
 Zähne (empfindlich)

HERZ | KREISLAUF

JA NEIN

- Blutdruck (niedrig)
 Bluthochdruck
 Durchblutungsstörung
 Endokarditisprophylaxe
 Herzerkrankung
 Herzinfarkt
wenn ja, wann:

- Herzpass
 Schlaganfall
wenn ja, wann:

INFEKTIONSKRANKHEITEN

JA NEIN

- Hepatitis A | B | C
 HIV-Infektion
 Tuberkulose

MAGEN-DARM-TRAKT

JA NEIN

- Magenerkrankung
wenn ja, welche:

- Darmerkrankung
wenn ja, welche:

- Verdauungsstörungen

NASE

JA NEIN NASENNEBENHÖHLEN

- Erkrankung
 Operation

MEDIKAMENTE

JA NEIN

- Bisphosphonate
wenn ja, letzte Dosis:

- Blutverdünner
 Cortison
 Herzmedikamente
 Schmerzmittel

regelmäßige Einnahme:

NERVEN | GEMÜT

JA NEIN

- Depressionen
 Epilepsie

 Migräne
 Ohnmachtsanfälle

STOFFWECHSEL

JA NEIN

- Diabetes mellitus
wenn ja, Typ: _____
wenn ja, Hba1c: _____
 Hormonstörungen
 Schilddrüsenerkrankung
 andere:

UNVERTRÄGLICHKEITEN

JA NEIN

- Jod
 Latex
 Medikamente
 Penicillin
 Pflaster
 sonstige:

WEITERES

BITTE MARKIEREN | AUSFÜLLEN

ABHÄNGIGKEIT

JA NEIN

Alkohol | Rauschmittel

FRAUEN

JA NEIN SCHWANGERSCHAFT

wenn ja, Monat: _____

NEBENWIRKUNGEN

JA NEIN ZAHNÄRZTLICHE SPRITZEN

wenn ja, welche:

RAUCHEN

JA NEIN

wenn ja, Anzahl: _____

RÖNTGENAUFNAHMEN

JA NEIN KOPF | KIEFER | ZAHN

der letzten 2 Jahre

WEITERES

JA NEIN

Organtransplantation

Krebserkrankung

wenn ja, wann:

ANDERE ERKRANKUNGEN

JA NEIN

wenn ja, welche:

RESONANZ

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

INTERNET | Z. B. GOOGLE, JAMEDA ET CETERA

ARZT

PERSÖNLICHE EMPFEHLUNG

TELEFONBUCH

PRAXISSCHILD

WERBUNG

VERKEHRSTÜCHTIGKEIT

Bitte bedenken Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach größeren Behandlungen – zum Beispiel durch schmerzstillende Injektionen oder Medikamente – bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. In diesen Fällen ist es sicherer, wenn Sie sich abholen oder von uns ein Taxi rufen lassen. Sprechen Sie uns dazu gerne jederzeit an.

TERMIN

Wir bieten Ihnen den Service einer patientenorientierten Bestellpraxis. Das heißt, Ihr mit uns verabredeter Termin ist auch wirklich nur für Sie reserviert. Sollten Sie überraschend verhindert sein, sagen Sie uns bitte rechtzeitig ab – mindestens 48 Stunden vor Ihrem Termin. Durch dieses bewährte Prozedere können wir, von medizinischen Notfällen abgesehen, Wartezeiten für Sie weitgehend vermeiden. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO je nach geplanter Dauer mit bis zu 200 EUR je Stunde berechnet werden.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden und es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen kann.

UNTERSCHRIFT

BEI MINDERJÄHRIGEN GESETZLICHER VERTRETER

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Auch die Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit und Terminabsprache habe ich zur Kenntnis genommen. Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich DR. MARETZKI ET KOLLEGEN umgehend informieren.

PATIENT | ZAHLUNGSPFLICHTIGER

DATUM

ORT