

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie die Seiten 1 – 3 vollständig aus.

Name / Vorname E-Mail

Straße / Nr. Tel. (privat)

PLZ / Ort / Tel. (mobil)

Geb. Datum / Ort Tel. (dienstl.)

Beruf Adr. Hausarzt

Arbeitgeber Adr. Hauszahnarzt

Name der Krankenkasse / Versicherung

Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Familienversichert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Privat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kostenerstattungstarif	<input type="checkbox"/> Ja	

(- nur bei Familienversicherung auszufüllen -)

Versicherungsmitglied (Name) Geb. Datum

Versicherungsmitglied (Adresse)

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum

Unterschrift

Zahnärztliche Anamnese

Zahnschmerzen? Ja Nein

Letzte Kontrolle? Letzte Professionelle Zahnreinigung?

Untersuchung zum Thema

- Kontrolluntersuchung
- „Zweite Meinung“
- neuer Zahnersatz

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Füllung | <input type="checkbox"/> Inlay |
| <input type="checkbox"/> Amalgamaustausch | <input type="checkbox"/> Zahnfleischveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Bleaching / Zahnaufhellung |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Ästhetische Veränderungen |

Welche Erwartungen haben Sie an uns?

Ich möchte nur Leistungen in Anspruch nehmen, die die Krankenkasse übernimmt: Ja Nein

Ich möchte, wenn nötig auch über kosmetische und außervertragliche Leistungen informiert werden: Ja Nein

Erinnerung an Kontrolluntersuchung und Professionelle Zahnreinigung / Recall: Ja Nein

per Telefon per Post per E-Mail

Sie haben unsere Praxis gefunden durch:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von | <input type="checkbox"/> Praxis gesehen |
| <input type="checkbox"/> Tel.- oder Branchenbuch | <input type="checkbox"/> Internet / Seite: |

Allgemeine Anamnese

Erkrankungen: Haben oder hatten Sie eine/n...

Herz- oder Blutkreislauf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Leber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Lunge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nerven	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutgerinnungssystem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gelenke (Rheuma)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
HIV (Aids)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Migräne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Radiotherapie / Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	wogegen?	
Sonstiges:				

Medikamente:

Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Andere Medikamente:

Unverträglichkeit gegen Medikamente oder Spritzen? Ja Nein welche?

Für unsere Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein in Woche

Geschäftsbedingungen:

Alle mündlich und schriftlich übermittelten Daten und Informationen unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und den Bestimmungen des **Datenschutzes**, sie werden daher von uns streng vertraulich behandelt. Zur gesetzlichen vorgeschriebenen Dokumentation ist es notwendig diese Daten in unserem praxisinternen Verwaltungssystem zu speichern. Darüber hinaus sind Sie verpflichtet uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden **Änderungen Ihrer persönlichen Daten zu informieren**.

Da wir unser Zeitmanagement so eingerichtet haben, dass Sie **keine langen Wartezeiten** in Kauf nehmen müssen, arbeitet unsere Praxis nach dem Prinzip einer Bestellpraxis. Das heißt, Termine werden von beiden Seiten eingehalten, rechtzeitig (min. 24 Stunden vorher) abgesagt oder verlegt, da kurzfristig nur schwer Einzeltermine vereinbart werden können. Ist das nicht der Fall, behalten wir uns vor Ihnen ein angemessenes **Ausfallhonorar**, in Höhe von 30,- Euro pro halbe Stunde in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige mit meine Unterschrift, dass ich die oben aufgeführten Informationen gelesen und verstanden und diesen ausdrücklich, in vollem Umfang zustimme.

Datum

Unterschrift