



Anamnesebogen

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie darum, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass alle Angaben natürlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei unserer Behandlung zu beachten. Ihre Angaben werden von uns digital gespeichert, unterliegen natürlich den Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Mitglied/Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Anschrift: PLZ _____ Ort _____

 Straße/Nr. _____ E-Mail _____

 Telefon _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

Privat versichert Privat versichert (Basistarif) Gesetzlich versichert Beihilfe berechtigt Zusatzversicherung

Grund meines Besuchs:

Kontrolle Schmerzen Blutung Knirschen Schnarchen Beratung Sonstiges

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (freiwillige Angabe)

Empfehlung Internet Gelbe Seiten Social Media Zufällig Sonstiges

Worüber möchten Sie mehr wissen? (freiwillige Angabe)

Implantate Schnarchtherapie Zahnaufhellung unsichtbare Zahnspange Laserbehandlung Intraoral-Scanner

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des:

<p>Herz</p> <p>Zustand nach Herzinfarkt Ja Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Herzinsuffizienz <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Muskelentzündung <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Rhythmusstörungen <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Bypassoperation <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Herzklappenersatz <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Schrittmacher <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Sonstiges: <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <hr/> <p>Blut</p> <p>Blutarmut <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>erhöhte Blutungsneigung <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Wenn ja, welche? <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <hr/> <p>Augen</p> <p>Grauer Star/Katarakt <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Grüner Star/Glaukom <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p>Atmungswege/Lunge</p> <p>Asthma Ja Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Bronchitis <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Blase/Nieren</p> <p>Blasenerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Nierenerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Dialyse <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Leber</p> <p>Gelbsucht <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Hepatitis <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Wenn ja: A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/></p> <p>Magen-Darm-Trakt</p> <p>Magenerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Darmerkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
---	---



Ja | Nein

Bewegungsapparat

- Rheuma
- Rheumatoide Arthritis
- Gicht

Zentrales Nervensystem

- Epileptische Anfälle

Stoffwechsel

- Diabetes
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Kreislauf

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:

- Haut und /oder Geschlechtskrankheiten
- HIV beziehungsweise AIDS, Tuberkulose
- Osteoporose (Bisphosphonat)
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate)

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

Ja | Nein

Sonstige medizinisch wichtigen Informationen:

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Röntgenpass?

Besitzen Sie einen Herzpass?

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Dürfen wir Sie daran erinnern, Ihren nächsten Termin zur Vorsorge/professionellen Zahnreinigung zu vereinbaren?

Ja, ich möchte am Erinnerungsservice teilnehmen. Die Teilnahme ist unverbindlich und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Bitte erinnern Sie mich per Post E-Mail SMS

Worms, Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass infolge einer örtlichen Betäubung die Reaktionsfähigkeit, insbesondere beim Führen eines Fahrzeuges, für ca. vier bis sechs Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, sind weder er noch seine Mitarbeiter in der Ausfallzeit beschäftigt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Ausfallzeiten können nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung an die Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honorarforderung.

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich alle Angaben und Einwilligungen freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Worms, Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter) _____

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.