

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Sie bestmöglichst beraten und behandeln zu können, benötigen wir bestimmte Angaben zu Ihrer Person, zu Vorerkrankungen und Faktoren, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Wir bitten Sie daher den Bogen gewissenhaft auszufüllen. Beachten Sie bitte, dass auch allgemeine Erkrankungen Einfluss auf den zahnmedizinischen Bereich haben können. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Anforderungen der DSGVO.

Ihr Empfangsteam

PERSÖNLICHES

Frau

Herr

Name, Vorname

Titel

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Telefon Arbeit

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Hausarzt

JA, ich möchte halbjährlich an meinen Vorsorgetermin erinnert werden.

Was können wir für Sie tun?

Zahnärztliche Vorsorge

Ganzheitliche Beratung

Zweitmeinung

Sonstiges _____

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zahnzusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:
(bei Kindern und Ehegatten)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

| | JA | NEIN |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Blutdruck hoch niedrig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Epilepsie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzerkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche: | | |

| | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rheumatische Krankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche: | | |

Sonstige Erkrankungen:

WIE WURDEN SIE AUF UNSERE PRAXIS AUSMERKSAM?

| | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Persönliche Empfehlung | <input type="radio"/> Im Vorbeigehen |
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Werbung |
| <input type="radio"/> Überweisender Arzt: _____ | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | |

Allgemeine Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass Medikamente, auch Betäubungsspritzen, Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch die Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervverletzung des Nervus lingualis o. Nervus mandibularis kommen. Dies hätte einen vorübergehenden oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereichs/Zunge zu Folge. Der Patient bedarf für die Abtretung der Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag einschließlich Ansprüche auf die Rückzahlung von ggfs. strittigen Vergütungen der Einwilligung des Zahnarztes. Ein gesetzlicher Forderungsübergang nach § 194 VVG (§ 86 WG n. F.) wird durch diese Vereinbarung ebenfalls ausgeschlossen. Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir eine Bestellpraxis sind und bitten Sie daher Ihren Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen ansonsten die nicht genutzte Zeit nach §615 BGB in Rechnung stellen können.

Info für Kassenpatienten:

Bei jedem Besuch in der Praxis benötigen wir Ihre Versichertenkarte. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und die Kenntnisnahme der Hinweise mit Ihrer Unterschrift.

| | JA | NEIN |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| HIV | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis A B C | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sonstiges: _____

| | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nehmen Sie Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche: | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente: _____ | |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel: _____ | |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin): _____ | |
| <input type="radio"/> Antidepressiva: _____ | |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate: _____ | |

Sonstiges:

| | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Konsumieren Sie Drogen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haben Sie Angst beim Zahnarzt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Für unsere Patientinnen:

| | | |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche Woche? _____ | | |

Ort, Datum

Unterschrift