

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient: Name _____ Vorname _____ geb. am _____
Anschrift: Straße _____ PLZ _____ Ort _____
Telefon _____ Mobil _____
Email _____
Arbeitgeber _____ Beruf _____ Tel geschäftlich _____

Versicherung:

- Gesetzliche Versicherung
 freiwillig versichert
 Zusatzversicherung
 Kostenerstattung

- Private Versicherung
 Vollversicherung
 beihilfeberechtigt
 Basistarif

Krankenkasse:

Versichertendaten: (sofern sie von Patientendaten abweichen, z.B. Erziehungsberechtigte)

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift: Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Name und Anschrift Ihres **Hausarztes:** _____

Gesundheitscheck:

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| Defibrillator/ Künstl. Herzklappen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie eine sonstige Erkrankung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche _____ | |
| Wenn ja, wann _____ | | | |
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Haben Sie eine Erkrankung des Immunsystems? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche _____ | |
| Herzasthma, Angina pectoris | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wurden Sie vor kurzem operiert? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wo _____ | |
| Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Allergien | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsneigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche _____ | |
| Marcumar/ Gerinnungshemmer | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Allergiepass | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungsneigung/ Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Empfindlichkeit gegen Medikamente | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche _____ | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? | |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | _____ | |
| Lebererkrankung (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Magen- / Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lungenerkrankung/ Asthma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Für unsere weiblichen Patienten: | |
| Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, welche Woche _____ | |

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Beratungswunsch:

Professionelle Zahnreinigung
Hellere Zähne (Bleaching)
Kinderprophylaxe

ja nein
 ja nein
 ja nein

Laserbehandlung
Zahnersatzbehandlung

ja nein
 ja nein

Hinweis zur örtlichen Betäubung:

Wie bei allen zahnmedizinischen Behandlungen kann es auch bei der örtlichen Betäubung zu Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten kommen. So kann eine eingeschränkte Beweglichkeit der Mundpartie auftreten. Außerdem kann im Ausnahmefall eine Nervschädigung eintreten, welche in den meisten Fällen vorübergehend ist. Nach der Betäubung und Behandlung ist zudem Ihre Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt, da Reaktions- und Konzentrationsfähigkeiten geschwächt sind.

Hinweis zur Krankenversichertenkarte:

Wenn Sie die elektronische Gesundheitskarte nicht vorlegen können, reichen Sie diese bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil wir sonst für unsere Leistungen eine Privatrechnung schreiben müssen.

Hinweis zur Terminvereinbarung:

Wir arbeiten als Bestellpraxis. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine führen daher zu Leerlaufzeiten. Bitte melden Sie sich deshalb am Vortag der Behandlung ab, falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können. Wird der Termin schuldhaft versäumt, können nach der Rechtsprechung die Kosten für diese Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden.

Hinweis zum Datenschutz:

Die hier gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Die Daten werden in unserer praxisinternen Datenverarbeitung gespeichert und an Dritte nicht ohne Ihre Erlaubnis weitergegeben.

Einwilligung Erziehungsberechtigte:

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Behandlung ein und versichere, dass auch der andere erziehungsberechtigte Elternteil mit der Behandlung einverstanden ist.

Datum

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter/ Betreuer