

Anamnesebogen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und Ihrem Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. Mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Privat versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Basistarif	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nicht versichert	<input type="checkbox"/>				

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist ihr Hausarzt?

Name _____ Telefon _____

Adresse _____

Sind Sie zur Zeit / regelmäßig in ärztlicher Behandlung? ja nein

Arzt / Erkrankung _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Anzeige	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung	<input type="checkbox"/> Empfehlung durch Hausarzt	<input type="checkbox"/> Im vorbeigehen

Sonstiges: _____

Grund Ihres Zahnarztbesuches

<input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> Neuer Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt
<input type="checkbox"/> Akute Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung
<input type="checkbox"/> Chronische Schmerzbehandlung	

Sonstiges: _____

Bitte wenden!

Allgemeine Gesundheitssituation (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall - wann? _____ | <input type="checkbox"/> Glaukom / Grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Chemotherapie – wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose / Knochenschwund | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate Medikament: _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen – welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis / Herzklappenentzündung | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung oder Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Blutzuckererkrankung Diabetes Typ? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Bulimie / Magersucht |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Gelenkprothesen - seit wann? Jahr: _____ |
| <input type="checkbox"/> Raucher - wie viele Zigaretten pro Tag? _____ | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft Woche: _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> AIDS | |
- sonstige Erkrankungen / Infektionskrankheiten: _____
- Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten: _____
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____

Mundgesundheitsituation

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zahn- oder Kiefergelenksschmerzen | <input type="checkbox"/> Überempfindliche Zähne |
| <input type="checkbox"/> Knirschen oder Pressen mit den Zähnen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme (Blutung, Rückgang) |
| <input type="checkbox"/> Zahnlockerung | <input type="checkbox"/> Zufrieden mit der Zahnfarbe |
| <input type="checkbox"/> Zufrieden mit Stellung und Form der Zähne | |
| <input type="checkbox"/> Gibt es aktuelle Röntgenbilder? (max. 2 Jahre alt) Zahnarzt: _____ | |

Eventuell auftretende Fragen können im Anschluss im Behandlungszimmer geklärt werden.

Datenschutz

- Ich bin damit einverstanden, dass alle Mitarbeiter der Praxis meine Daten einsehen können, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter der Praxis der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.
Meine Daten dürfen unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert, an mitbehandelnde Ärzte, Fachärzte oder Physiotherapeuten sowie berechnete Institutionen übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten dürfen von anderen Mitbehandlern eingeholt werden.
Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an das mit der Praxis kooperierende zahntechnische Labor übermittelt werden.

Terminerinnerung

Möchten Sie eine Terminerinnerung durch SMS? ja nein

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis, d.h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine lange Wartezeit kann so häufig vermieden werden. Daher berechnen wir ein Ausfallhonorar, bei nicht eingehaltenen oder 24 Stunden vorher abgesagten Terminen, mit 50 Euro.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter