

ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, um bestmöglich auf Sie und Ihre Wünsche eingehen zu können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Frau / Herr Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Mitglied/Versicherter

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefon

Privat Handy Geschäftlich

E-mail

Arbeitgeber/Beruf*

alle Angaben mit * sind freiwillige Angaben

Name der Versicherung:

Für Privatversicherte Basis-/ Standardtarif Beihilfe Voll-Privat
(bis 2,0fachen Gebührensatz)

Für gesetzlich Versicherte Zusatzversicherung

Dürfen wir Familienangehörigen, Zusatzversicherungen etc. Auskünfte erteilen? (Entbindung von der Schweigepflicht) **Ja** **Nein**

Möchten Sie an Vorsorgetermine (Recall) erinnert werden?

per E-Mail per Brief

Jährlich Halbjährlich

Möchten Sie 24 Stunden vorher an Ihren Termin erinnert werden?

per E-Mail per SMS

Möchten Sie, wenn möglich, alle Rechnungen und Kostenvorschläge verschlüsselt per E-Mail erhalten?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Praxisschild Jameda Google Persönliche Empfehlung Sonstiges:
von:

Mundgesundheitssituation

Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Vorsorgeuntersuchung Neuer Zahnersatz Schienentherapie (Knirschen, Pressen etc.)
 Schmerzbehandlung Implantate Behandlung mit Invisalign (Zahnbegradigung)
 Professionelle Zahnreinigung Bleaching Zweitmeinung

Ja **Nein**
Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder im Kieferbereich angefertigt?
Tragen Sie Zahnersatz (z.B. Krone, Brücke, Implantat, Prothese)?
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen?
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)?

Allgemeine Gesundheitssituation

	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. künstliche Herzklappe, Endokarditis, Herzinfarkt etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoimmunerkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Osteoporose, Hashimoto etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	bei Herzerkrankungen: Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nieren- oder Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tragen Sie Gelenkprothesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wenn ja, welche Erkrankungen?		
Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wegen welcher Krankheiten?		
Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Ihnen Allergien bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdrucksenker (z.B. Betablocker, Bisoprolol, Ramipril etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, wogegen?		
Insulin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Antidepressiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Für unsere Patientinnen:		
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wenn ja, in welcher SSW:		

DSGVO Datenschutz-Grundverordnung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung wurde mir ausgehändigt.

Ort/Datum

Unterschrift

INFO:

Sehr geehrte/r Patient/in,

unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, d.h. wir reservieren speziell für Sie die nach Ihren Bedürfnissen voraussichtlich benötigte Behandlungszeit. Sollten Sie diesen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie höflichst, diesen mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Da kurzfristig nicht eingehaltene oder nicht abgesagte Termine in der Regel nicht kompensiert werden können, sehen wir uns bei mehrmaligem Vorkommen gezwungen, reservierte, aber von Ihnen nicht rechtzeitig stornierte Behandlungstermine – zur Deckung der Betriebskosten – mit 180 Euro pro angefangene Stunde in Rechnung zu stellen.

Diese Vereinbarung gilt für Termine ab 1,5 Stunden Behandlungsdauer, jedoch nicht bei Krankheit, Unfall etc.

Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ort/Datum

Unterschrift