

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Straße + Nr. _____

PLZ + Ort _____

Tel. mobil _____

Tel. privat _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenversicherung

Gesetzlich versichert: ja ☐ / nein ☐

Zusatzversichert: ja ☐ / nein ☐

Privat versichert: ja ☐ / nein ☐

Beihilfeberechtigt: ja ☐ / nein ☐

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Ort, Telefonnr.: _____

Recall und Terminerinnerung

Wir erinnern Sie an bestehende Termine per SMS.

- Falls noch keine Mobiltelefonnummer angegeben wurde, holen Sie dies gerne nach!

Darüber hinaus gibt es einen Recall-Service für Sie. Das bedeutet, Sie werden von uns regelmäßig kontaktiert, um Sie an die Vereinbarung Ihres halbjährlichen Check-ups zu erinnern.

Entbindung der Schweigepflicht ggü dem Labor

Ich erkläre mich damit einverstanden und entbinde meine behandelnden Zahnärzte von ihrer Schweigepflicht nach §203 StGB, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten an das Dentallabor [Modo/Clausen/...], weitergeleitet und von ihm eingesehen werden dürfen, insofern es die Behandlung erfordert.

→ Möchten Sie den Recall-Service in Anspruch nehmen?

ja ☐ / nein ☐ ←

Hinweis bei Terminversäumnis

Hiermit informieren wir Sie über das Ausfallhonorar nach §615 BGB: Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Ich habe den Text gelesen und verstanden:

Datum, Unterschrift _____



Haben Sie akute Schmerzen? o ja / o nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems? o ja / o nein

Haben oder hatten Sie ein/e ...

- o Herzklappenentzündung o Angina Pectoris
o Herzschrittmacher o Herzinfarkt
o Defibrillator
o anderes:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des/der ...?

- Leber o ja / o nein
Nieren o ja / o nein
Schilddrüse o ja / o nein
Magen-Darm-Traktes o ja / o nein
Gelenke (Rheuma) o ja / o nein
Wirbelsäule o ja / o nein
Lunge o ja / o nein

Haben oder hatten Sie ...?

- Hohen Blutdruck o ja / o nein
Niedrigen Blutdruck o ja / o nein
Diabetes o ja / o nein

→ Langzeitwert: _____

- Zahnfleischbluten o ja / o nein
Kopfschmerzen o ja / o nein
Ohrensausen/Tinnitus o ja / o nein
Epilepsie o ja / o nein
Grünen Star o ja / o nein
Tuberkulose o ja / o nein
Hepatitis o ja / o nein
HIV (Aids) o ja / o nein
Strahlentherapie o ja / o nein
Osteoporose o ja / o nein
Asthma o ja / o nein
Allergien o ja / o nein

→ Wenn ja, wogegen?

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:

Liegt ein Pflegegrad vor? o ja / o nein

Ja, unwar folgender: _____

→ **Nachweis** am Empfang ein-/nachreichen

Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? o ja / o nein
Stillen Sie? o ja / o nein

Sind bei Ihnen jemals **Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen** aufgetreten?

o nein / o ja, und zwar bei:

Nehmen Sie Medikamente?

- o Herzmedikamente o Blutverdünner
o Schmerzmittel o Cortison (Kortikoide)
o Andere Medikamente o Antidepressiva
o Bisphosphonate

→ Wenn ja, welche:

Liegt ein **aktueller Medikamentenplan** vor, reichen Sie diesen bitte am Empfang zum Scannen ein.

Zum Schluss

- Knirschen Sie mit den Zähnen? o ja / o nein
Fühlen Sie sich psychisch stark belastet? o ja / o nein
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? o ja / o nein
Nehmen Sie Drogen? o ja / o nein
Rauchen Sie? o ja / o nein
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? o ja / o nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?

Fragen / Anmerkungen:

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und bestätige, die Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben:

Datum, Unterschrift

