

ANAMNESEBOGEN

Patient Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Geburtsort _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Straße/Nr. _____ Telefon _____

E-Mail-Adresse _____ mobil _____

Bitte beachten Sie bei Ihren Angaben, dass wir Ihre Kontaktdaten ggf. auch nutzen, um medizinische Daten und Informationen an Sie zu übermitteln.

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/
Privatkrankenkasse _____ beihilferechtigt Zahnzusatzversicherung freiwillig versichert

ALLGEMEINE SITUATION

ja nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)

Andere Allergien

Wenn ja, welche?

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

Herzerkrankungen

Hoher Blutdruck

Niedriger Blutdruck

Blutgerinnungsstörungen, z.B.

verlängerte Blutung bei Schnittwunden

oder nach Operationen

Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel?

ZAHN-MUND-SITUATION

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

ja nein

Zahnfleischbluten/Zahnfleischrückgang

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)

Schmerzen am Kopf/Nacken

Tragen Sie Zahnersatz?

Seit wann? Seit _____ Jahren.

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne,

kurz: mit Ihrem „Lächeln“, zufrieden?

Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam

grundsätzlich ab?

Haben Sie Interesse an einer besonders intensiven

Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung

durchgeführt worden?

Wann wurden Sie das letzte Mal zahnärztlich geröntgt? Vor _____ Monaten

bei Zahnarzt _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Für weibliche Patienten:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ich bin in der _____ Woche.

Nein

Ungewiss

Wegen des Mutterschutzes bitten wir um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Bei wem dürfen wir uns dafür bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen?

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustands unverzüglich mitzuteilen.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Hiermit versichere ich die Angaben vollständig und inhaltlich richtig gemacht zu haben. Die Hinweise am Ende des Anamnesebogens habe ich zur Kenntnis genommen. Alle Eingaben wurden von mir persönlich oder dem gesetzlichen Vertreter elektronisch per Ipad/Internet gemacht.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)

Datenschutz

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 (DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)