

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns aber in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig und gewissenhaft auszufüllen, er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert

☐ Basistarif

☐ Zusatzversicherung

☐ beihilfeberechtigt

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Telefon _____

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- ☐ Karies- und Parodontitisprophylaxe
- ☐ Gold- bzw. Keramikinlays
- ☐ Vollkeramische Restaurationen
- ☐ Implantate
- ☐ Schienentherapie
- ☐ Zahnfarbene Füllungen
- ☐ Amalgamentfernung

- ☐ Parodontitisbehandlung
- ☐ Wurzelkanalbehandlung / Endodontie
- ☐ Kiefergelenksbehandlung
- ☐ Zahnersatz
- ☐ Bleaching / Zahnaufhellung
- ☐ Professionelle Zahnreinigung
- ☐ Kinderprophylaxe

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- ☐ Empfehlung von Bekannten
- ☐ Zeitungsanzeige

- ☐ Internet / Website: _____
- ☐ Sonstiges: _____

Hinweise zur Organisation

Wir sind immer bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, durch Fernbleiben entstandene Kosten nach der privaten Gebührenordnung als Ausfallzeiten an Sie in Rechnung zu stellen.

Falls Sie gesetzlich versichert sind, denken Sie bitte bei jedem Besuch an Ihre Krankenversichertenkarte. Anderenfalls müssen wir Ihnen wie bei einem Privatversicherten eine Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Haben Sie akute Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- ☐ Dauerschmerz
- ☐ Zähne reagieren auf süß / sauer
- ☐ Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- ☐ Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- ☐ Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- ☐ Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- ☐ Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an...

Herz oder Kreislauf ☐ ja ☐ nein
Lunge ☐ ja ☐ nein
Blut ☐ ja ☐ nein
Leber ☐ ja ☐ nein
Nieren ☐ ja ☐ nein
Schilddrüse ☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Trakt ☐ ja ☐ nein
Gelenken (Rheuma) ☐ ja ☐ nein
Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? ☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie jemals...

Hohen Blutdruck ☐ ja ☐ nein
Zucker (Diabetes) ☐ ja ☐ nein
Fallsucht (Epilepsie) ☐ ja ☐ nein
Gelbsucht (Hepatitis) ☐ ja ☐ nein
Grünen Star ☐ ja ☐ nein
Zahnfleischbluten ☐ ja ☐ nein
Neigen Sie zu Blutungen? ☐ ja ☐ nein
Sind Sie HIV positiv? ☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

Für unsere Patientinnen: Sind Sie zurzeit schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo, weshalb?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (insbesondere Herzmedikamente, Cortison, Schmerzmittel, Antidepressiva, blutverdünnende Medikamente wie z.B. Marcumar, ASS)?

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, weshalb?

Haben oder hatten Sie jemals Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, an welchen?

Wünschen Sie von uns über neue und bessere zahnmedizinische Behandlungsmethoden informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden? ☐ ja ☐ nein

Für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und für Privatpatienten:

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der elektronischen Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum Unterschrift (Patient bzw. gesetzl. Vertreter)