

Anamnesebogen



Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Patient
Name: Vorname:geb.:.....
Versicherter
Name:..... Vorname:geb.:

Straße: PLZ/Ort:.....
Tel.Nr.: Mobil:..... Arbeitsstelle:.....
Krankenkasse: E-Mail:.....
Arbeitgeber:..... Beruf:.....

Versichertenstatus: gesetzlich versichert privat versichert Zusatzversicherung
 pflichtversichert Beihilfe
 freiwillig versichert standard vollversichert

Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Grund meines Zahnarztbesuchs:.....

Sonstige Beratungswünsche:.....

Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

Haben Sie ein Organtransplantat? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt? Ja Nein

Tragen Sie einen Zahnersatz? Ja Nein

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja welche? Ja Nein

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Hausarzt

Name: :

Anschrift:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben: (Zutreffendes bitte ankreuzen)
Bestehen bei Ihnen oder sind folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzerkrankungen: | Herz-, Kreislauf-, oder Gefäßerkrankungen, Herzklappenerkrankung, Herzschwäche (Insuffizienz), Angina pectoris, Herzschrittmacher, Endokarditisprophylaxe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kreislaufferkrankungen: | Zu hoher Blutdruck, zu niedriger Blutdruck, Ohnmachtsanfälle, Herzinfarkt / Schlaganfall, wann..... | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stoffwechselerkrankungen: | Zuckerkrankheit (Diabetes), Magen-Darm-Erkrankungen, Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Erkrankungen des Nervensystems: | Epileptiforme Anfälle / Krämpfe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluterkrankungen: | Blutungsneigungen, Blutverdünner, Einnahme gerinnungshemmender Medikamente | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Allergien: | Medikamente z.B. (Penicillin), Nahrungsmittel, Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Infektionskrankheiten: | Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C), AIDS, HIV, MRSA, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bestehen zurzeit andere Erkrankungen, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

Wir weisen darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und/oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein:

- dass ich in der Zahnarztpraxis mit meinem Namen angesprochen werden darf.
- dass ich am Telefon mit meinem Namen angesprochen werden darf. (Mir ist bewusst, dass Dritte dies eventuell mithören können!)
- dass erforderliche medizinische Unterlagen und persönliche Daten an Ärzte, Krankenkassen und Fremdlabore weitergegeben werden dürfen. (z.B.: Überweisungen, Röntgenbilder, Arztbriefe und Befunde)
- dass meine Krankenkasse für Genehmigungen, Versichertennachweise, Bonusauskünfte und Fremdlabore für Kostenvoranschläge unter Weitergabe persönlicher Daten per Fax oder E-Mail kontaktiert werden darf.
- dass mir Rechnungen etc. per E-Mail zugesendet werden dürfen.

Erklärung des Patienten

Ich wurde darauf hingewiesen, dass bei Nichteinhaltung des Termins, ohne eine rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher), eine Ausfallgebühr erhoben werden kann (50 Euro pro halbe Stunde).

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Mir ist bekannt, dass die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden, sofern die Versichertenkarte nicht spätestens 10 Tage nach der Behandlung nachgereicht wird.
--

Datum.....Unterschrift Patient / gesetzl. Betreuer: