

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß:

Covid19
 Impfung Ja, wenn ja, wann? Nein
 Erkrankt und genesen Ja Nein

Infektionserkrankungen
 HIV (AIDS) Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein
 wenn ja, welcher Typ A B C
 Tuberkulose Ja Nein
 MRSA Ja Nein

Weitere Erkrankungen
 Allergien Ja Nein
 wenn ja, welche Ja Nein
 Latex Ja Nein
 Medikamente Ja Nein
 wenn ja, welche Ja Nein

Erkrankungen
 Herz- Kreislaufbeschwerden Ja Nein
 Leber Ja Nein
 Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
 Schilddrüse Ja Nein
 Magen-Darm-Trakt Ja Nein
 Epilepsie Ja Nein
 Grüner Star Ja Nein
 Asthma Ja Nein

Sonstige Infektionen/Erkrankungen
 Lungenerkrankungen Ja Nein
 Rheuma Ja Nein
 Ohrensausen/Tinnitus Ja Nein
 Ohnmachtsneigung Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Wirbelsäule Ja Nein

Herz- Kreislauf – Erkrankungen
 Hoher Blutdruck Ja Nein
 Niedriger Blutdruck Ja Nein
 Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
 Herzkrankung Ja Nein
 Herzoperation Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Angina Pectoris Ja Nein
 Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Allgemeine Angaben
 Drogenkonsum Ja Nein
 Alkoholgenuß Ja Nein
 Raucher Ja Nein

wenn ja selten oft regelmäßig
 wenn ja 1-10 über 20 pro Tag

Wichtige Informationen
 Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
 Der Speicherung und Weitergabe meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
 Ich werde hiermit darauf hingewiesen, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
 Weiterhin wurde ich darüber aufmerksam gemacht, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Bei der Nichteinhaltung fest vereinbarter Behandlungstermine erlauben wir uns ein Ausfallhonorar gemäß §615 BGB in Höhe von 20 Euro pro angefangene 15 Minuten.
 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei Menschen (Infektionsschutzgesetz) § 1 Zweck des Gesetzes, bitten wir Sie bei Krankheit wie zum Beispiel Erkältung, Magen – Darm – Beschwerden und Herpes Simplex Virus, erst bei Genesung einen Termin in unserer Praxis wahrzunehmen.

Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden und nach meinem besten Gewissen beantwortet.
 Rostock, den _____ Unterschrift ggfs. gesetzl. Vertreter _____

Anamnesebogen
 Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße _____
 Postleitzahl, Ort _____
 Telefon _____
 Uhrzeiten für beste Erreichbarkeit: _____
 E-Mail _____
 Beruf _____
 Hausarzt(Name, Adresse, Telefon) _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, über wen sind Sie versichert?
 Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger
 Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig

Datum _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____
Wie möchten Sie von uns an Ihren halbjährlichen Vorsorgetermin erinnert werden?
 per Telefon per E-Mail
Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches?
 Routinekontrolle Beratung Zahnersatz
 Schmerzbehandlung „zweite Meinung“ andere Gründe
Haben Sie akute Beschwerden? Ja/welche _____ Nein

Dauerschmerz Zähne schmerzen ohne Kaubelastung
 Zähne reagieren auf süß/sauer Entzündung oder Schmerzen am Zahnfleisch
 Zähne sind temperaturempfindlich Kiefergelenkschmerzen
 heiß/kalt Zahnfleischbluten
 Zähne schmerzen bei Kaubelastung

Wann hatten Sie ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?
 Datum _____ Arzt _____

Schwangerschaft Ja Nein