

Anamnesebogen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon/mobil _____

Telefon (geschäftlich) _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dauerschmerz | <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen ohne Kaubelastung |
| <input type="checkbox"/> Zähne reagieren auf süß/sauer | <input type="checkbox"/> Entzündung oder Schmerzen am Zahnfleisch |
| <input type="checkbox"/> Zähne sind temperaturempfindlich
heiß/kalt | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Zähne schmerzen bei Kaubelastung | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten |

Wann hatten Sie ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

Datum _____ Arzt _____

Schwangerschaft Ja Nein

Covid19- Status

erkrankt und genesen Ja Nein wenn ja, wann? Datum (JJJJ-MM-TT)
geimpft Ja Nein wenn ja, wann? 1. Booster
2.

Infektionserkrankungen

HIV (AIDS) Ja Nein
Hepatitis Ja Nein wenn ja, welcher Typ? A B C
Tuberkulose (TBC) Ja Nein
MRSA Ja Nein
sonstige Ja Nein wenn ja, welche?
Infektionskrankheiten

Erkrankungen und Medikamente

Medikamente Ja Nein wenn ja, welche? _____
Allergien Ja Nein wenn ja, welche? _____
Latex Ja Nein
Metalle Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein

Asthma Ja Nein Schilddrüse Ja Nein
Leber Ja Nein Ohrensausen/Tinnitus Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein Wirbelsäule Ja Nein
Magen-Darm-Trakt Ja Nein Rheuma Ja Nein
sonstige Erkrankungen Ja Nein wenn ja, welche? _____

Herz- Kreislauf – Erkrankungen

niedriger Blutdruck Ja Nein Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
hoher Blutdruck Ja Nein Herzschrittmacher Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein Angina Pectoris Ja Nein
Herzoperation Ja Nein

Allgemeine Angaben

Drogenkonsum Nein Ja wenn ja selten oft regelmäßig
Alkoholgenuss Nein Ja wenn ja selten oft regelmäßig
Raucher Nein Ja 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 Auf Grundlage 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 _____