

ANAMNESEBOGEN

Nachname; Vorname _____

Geburtsdatum, Geschlecht: m w _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon (privat/mobil) _____

Telefon (geschäftlich) _____

E-Mail _____

Beruf _____

Name der Krankenkasse _____

Gesetzlich versichert
 Privat versichert – **nicht im Basistarif**
 Privat versichert – **im Basistarif**
 Beihilfeberechtigt

Überweisender Arzt (Name, Adresse, Telefon) _____

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 _____

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
 von Bekanntem empfohlen Telefon-/Branchenbuch Internet

Wie möchten Sie von uns an Ihren halbjährlichen Vorsorgetermin erinnert werden?
 per SMS 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 reagieren auf süß/sauer
 Zähne sind temperaturempfindlich heiß/kalt
 Zähne schmerzen bei Kaubelastung
 Zähne schmerzen ohne Kaubelastung
 Entzündung oder Schmerzen am Zahnfleisch
 Kiefergelenkschmerzen
 Zahnfleischbluten

Wann hatten Sie ihre letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung?

Datum _____ Arzt _____

Schwangerschaft Ja Nein
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß

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

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

Infektionserkrankungen

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

Besteht Interesse über eine Aufklärung von Hypnose Ja Nein

Wichtige Informationen

Lieber Patient,
alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.
Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage 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 bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum _____

Unterschrift _____