

Anamnesebogen

3 Seiten

Patient/In

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum / -ort _____

Sind Sie Familienversichert? Wenn ja bitte hier die Hauptversicherte Person eintragen.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ Postleitzahl / Ort _____ E-Mail _____

Telefon _____ Privat _____ Mobil _____

Krankenversicherung

gesetzlich versichert Zusatzversicherung privat versichert Basistarif: Ja Nein

Beruf* _____ Arbeitgeber* _____ Telefon geschäftlich* _____

Anschrift Arbeitgeber Postleitzahl / Ort* _____

*Angaben freiwillig

Der folgenden Person darf im Notfall Auskunft erteilt werden? Wenn ja, bitte ausfüllen: Ja Nein

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen, bitte **Zutreffendes ankreuzen**. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz		Kreislauf	
Zustand nach Infarkt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Bluthochdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Muskelentzündung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Angina pectoris	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rhythmusstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schlaganfall	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bypassoperation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Schrittmacher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Erkrankung des blutbildenden Systems		Magen-Darm-Trakt	
Blutarmut	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Magenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bluter	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Darmerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Atmungswege/Lunge		Zentrales Nervensystem	
Asthma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	epileptische Anfälle	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bronchitis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Leber		Vegetatives Nervensystem	
Gelbsucht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hepatitis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Migräne	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Blase-Nieren		Stoffwechsel	
Blasenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Zuckerkrankheit	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Dialyse	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bewegungsapparat Erkrankungen		Leiden oder litten Sie an folgenden	
Rheuma	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Haut und/oder Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	HIV bzw. AIDS, Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gicht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		Röteln, Mumps, Masern, Scharlach	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel, Name des Arztes

Straße

Postleitzahl / Ort

Telefon

- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Ja, welche: Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja, welche: Nein
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Ja, welche: Nein
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Ja, welche: Nein
- Befinden Sie sich in der Schwangerschaft? Ja, im Monat. Nein
- Rauchen Sie? Ja Nein

Wünschen Sie eine gezielte Beratung über:

- Bleaching / Zahnaufhellung Amalgamaustausch und Alternativen
- Kinderprophylaxe Implantate
- Gold- bzw. Keramikinlays Veneers
- Professionelle Zahnreinigung

Wie wurden Sie auf die Praxis aufmerksam?

- Empfehlung von Internet
- Werbung. Wenn ja, welche? Sonstiges:
- Wünschen Sie eine Aufnahme in unser „Termin-Erinnerungssystem“? Ja, ich unterschreibe: Nein

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten (von ca. 100,00 € je Behandlungsstunde) in Rechnung gestellt werden.

Ich (Patient / Patientin) wurde darüber aufgeklärt, dass ich bei Nichtvorlegen eines gültigen Behandlungsausweises (Krankenversichertenkarte) zu Behandlungsbeginn verpflichtet bin, diesen innerhalb von 10 Tagen unverzüglich nachzureichen. Komme ich dieser Aufforderung nicht nach, so werden mir die erbrachten Leistungen privat in Rechnung gestellt.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und verpflichte mich, die Zahnarztpraxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

EU-DSGVO Datenschutzeinwilligung

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der Praxis einsehbar.

Datum

Unterschrift