

Anamnesebogen – Seite 1 von 2



mehrzahn

Dr. Reek | Dr. Brandt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Vielen Dank dafür!

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Überweisung Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige Lage der Praxis

auf Empfehlung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Recall

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

- | | | | |
|--|-----------------------|--|-----------------------|
| Herz- / Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> | Herzklappenerkrankung / -ersatz | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="radio"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="radio"/> |
| Bypass / Stent / Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="radio"/> | Neigen Sie zu blauen Flecken? | <input type="radio"/> |
| Immunschwäche (HIV / AIDS) | <input type="radio"/> | Rheuma, rheumatisches Fieber | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="radio"/> | Tuberkulose | <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="radio"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | Augenerkrankung (Glaukom – Grüner Star) | <input type="radio"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="radio"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> | Sonstige Erkrankungen / Infektionen | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie?
Wenn ja, pro Tag _____ Zigaretten. | <input type="radio"/> | Schwangerschaft (ja / vielleicht) | <input type="radio"/> |
| Allergien (Besitzen Sie einen Allergiepass?)
Wenn ja, welche?
_____ | <input type="radio"/> | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel (Plavix), Grelto, Ass) ein?
Wenn ja, welche?
_____ | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nacken-
verspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus? | <input type="radio"/> | | |

Wünschen Sie eine gezielte Beratung zu:

- | | | | |
|---|-----------------------|---|-----------------------|
| Implantaten (künstliche Zahnwurzeln) | <input type="radio"/> | Prophylaxe / Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> |
| Zahnersatz | <input type="radio"/> | Kinderprophylaxe | <input type="radio"/> |
| Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="radio"/> | Beratung für Schwangere | <input type="radio"/> |
| Amalgamaustausch / -alternativen | <input type="radio"/> | Mundgeruchsprechstunde | <input type="radio"/> |
| Schöneres Lächeln (Ästhetische Zahnheilkunde) | <input type="radio"/> | Bleaching (Zahnaufhellung) | <input type="radio"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="radio"/> | Sonstiges: _____ | <input type="radio"/> |

Für gesetzlich Versicherte: Unsere Praxis arbeitet mit einer zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft zusammen, die die Erstellung und den Einzug von Privatrechnungen übernimmt. Eine solche Rechnung wird generell bei Leistungen erstellt, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden. Selbstverständlich holen wir vor dem Erbringen einer solchen Privatleistung Ihr Einverständnis ein. **Ratenzahlung / geringerer Verwaltungsaufwand:** In Zusammenarbeit mit der zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft bieten wir Ihnen als Service die Möglichkeit der sechsmonatigen Ratenzahlung ohne Zusatzkosten an. Ein weiterer Vorteil für Sie: Wir können hierdurch unseren Verwaltungsaufwand reduzieren und haben somit mehr Zeit für Sie und Ihre individuelle Behandlung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen. Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten