

Anamnesebogen Teil 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Eltern, liebe Kinder!

Wir freuen uns sehr Sie in unserer Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen. Vor der eigentlichen Behandlung benötigen wir einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Gesundheitsstatus, da diese mitunter relevant für die folgende Behandlung sein können. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte füllen Sie alle Felder gewissenhaft aus. Bei Fragen oder Unklarheiten sprechen Sie uns gerne an!

Ihr Praxisteam S. Linder-Lauritsch

Kontaktdaten

Name:

Vorname:

Strasse, PLZ, Ort:

Telefon privat:

Telefon mobil: **(WICHTIG für SMS Terminerinnerung)**

E-Mail: **(WICHTIG für Terminerinnerung)**

Geburtsdatum:

Versicherungsstatus:

Sind sie gesetzlich versichert?

j n

Sind sie privat versichert?

j n

Sind sie familienversichert?

j n

wenn ja: Wer ist der/die Versicherte?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hausarzt: (Name+Tel.)

Sind Sie damit einverstanden, dass Sie per SMS an Ihren Termin erinnert werden?

j n

Sind Sie damit einverstanden, dass Sie per Telefon an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

j n

Sind Sie damit einverstanden, dass Sie Kostenvoranschläge oder andere Dokumente per Mail erhalten?

j n

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

j n

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis: Wir möchten all unsere Patientinnen und Patienten umfassend und ohne Zeitdruck behandeln und planen daher stets ausreichend Zeit für Sie und Ihre Behandlung ein. Daher bitten wir Sie, falls Sie ihren Termin nicht wahrnehmen können, diesen rechtzeitig (**mind. 24Std. vorher**) abzusagen. Bei Nichterscheinen (ohne rechtzeitige Absage oder nachweisbaren triftigen Grund), erlauben wir uns für den Fall, dass in dieser Zeit kein(e) andere(r) Patient/in behandelt werden kann, eine **Ausfallgebühr gemäß §615 BGB in Höhe des Honorars** für die an diesem Termin geplanten Leistungen zu berechnen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.
Der Regelung zur Berechnung einer o.g. Ausfallgebühr bei Nichterscheinen stimme ich zu.**

Ort, Datum

Unterschrift (des/der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

Anamnesebogen Teil 2

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Werden **Medikamente** eingenommen (z.B. Gerinnungshemmer, Schmerzmittel, Antidiabetiker, Herz-Kreislauf-Medikamente, Blutdrucksenker, Anti-Babypille, Beruhigungsmittel)? Wenn ja, welche? j n

Wird/wurde eine Behandlung mit **Antiresorptiva** (z.B. **Bisphosphonaten** bei Osteoporose o. Tumoren) durchgeführt? j n

Besteht eine **Allergie** (z.B. Medikamente [Schmerzmittel, Antibiotika], Betäubungsmittel, Kontrastmittel, Kunststoffe, Latex, Jod, Desinfektionsmittel)? Wenn ja, welche? j n

Besteht eine **Blutungsneigung** (wie z.B. häufiges Nasenbluten, blaue Flecken, Nachblutung nach Operationen) ? j n

Besteht eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis AIDS, Tuberkulose)? Wenn ja, welche? j n

Besteht/ bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z.B. koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzmuskelentzündung, Klappenfehler) Wenn ja, welche? j n

Besteht ein **Endokarditis Risiko?** (Herzinnenhaut-Entzündung) j n

Kam es schon einmal zu einem **Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel** (Thrombose/Embolie) j n

Besteht eine **Schilddrüsenerkrankung** (Über-/Unterfunktion, Kropf, Morbus Hashimoto)? j n

Wenn ja, welche?

Besteht eine **Erkrankung des Nervensystems** (Krampfleide/Epilepsie, Parkinson, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Polyneuropathie)? Wenn ja, welche? j n

Besteht ein **Pflegegrad**? Wenn ja, welcher? j n

Bestehen weitere **Erkrankungen**? Wenn ja, welche? j n

Befinden sich **Implantate** (z.B. Zähne, künstliche Gelenke, Schrittmacher, Herzklappen, Stents, Silikon) in Ihrem Körper? Wenn ja, welche? j n

Wurde bei Ihnen schon einmal eine örtliche Betäubung (z.B. beim Zahnarzt) durchgeführt? Gab es dabei Komplikationen? Wenn ja, welche? j n

Kam es bei zahnärztlichen **Behandlungsmaßnahmen** schon einmal zu **Komplikationen**? Wenn ja, welche? j n

Wurden sie schon einmal im Bereich der **Zähne oder des Kopfes geröntgt**? Wenn ja, wann und wo? j n

DATENSCHUTZ

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutz-

Zusatzfragen für Frauen
Könnten Sie aktuell schwanger sein? j n
Stillen Sie? j n

Besteht eine **Stoffwechselerkrankung**
(z.B. Diabetes, Gicht)? Wenn ja, welche?

ja nein

bestimmungen. Bitte bestätigen Sie uns, dass Sie die Datenschutzbestimmung gelesen haben und damit einverstanden sind durch Ihre Unterschrift.
