

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, 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 auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Informationen, die Sie auf freiwilliger Basis geben und die nicht direkt dem Zweck der zahnmedizinischen Behandlung dienen, sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____

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 _____

Hinweise zur Organisation

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

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Prophylaxe | <input type="radio"/> Zahnbleaching |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> andere Gründe: |
- _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer

Sonstige Infektionen / Erkrankungen:

- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Ohrensausen / Tinnitus ja nein
- Masern ja nein
- Mumps ja nein
- Röteln ja nein
- Varizellen ja nein
- Keuchhusten ja nein
- Noroviren ja nein
- Rotaviren ja nein
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit und seine Varianten ja nein
- Osteoporose ja nein
- Epilepsie ja nein
- Grünen Star ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV (Aids) ja nein
- MRSA-Infektion („Krankenhauskeim“) ja nein
- Hepatitis ja nein
Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein
Wenn ja, wogegen? _____
- Kunststoffallergie ja nein
- Latex ja nein
- Antibiotikum ja nein
- Asthma ja nein
Andere? _____
- eine Gelenkprothese ja nein
(z.B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)
Wenn ja, wo genau? _____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents Bypass
- Herzschrittmacher Herzinfarkt
- Herzklappenentzündung künstliche Herzklappe
- Angina Pectoris _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
- Schmerzmittel Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
- Bisphosphonate andere Medikamente: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen

Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

- ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____


Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Fragen und Anmerkungen

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

Datum: _____ 

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter


Anamnesebogen

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Datum: _____ 
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter


Lesebestätigung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen und Fragen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____ 
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Datum: _____ 
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter


Recall-Service und Newsletter*

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie eine / keine Teilnahme an diesem Service und/oder an unserem Newsletter wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service. per SMS, per Post oder per E-Mail


Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Ich wünsche die Teilnahme am Newsletter.

Datum: _____ 
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Abrechnung

Ich stimme zu, dass meine im Verlauf der Behandlung erfassten und entstehenden Daten an die Verrechnungsstelle der Montan Factoring GmbH und/oder der DZR GmbH, zum Zwecke der Leistungserfassung, Abrechnung und Forderungseinzug weitergeleitet werden.

Datum: _____ 
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen.

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Datum: _____ 
Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter