

Anamnesebogen

Patient Herr/ Frau/Kind Name _____ Vorname _____ geb. _____

Geburtsort _____

Versicherungsnehmer bei Familienversicherten Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift Postleitzahl _____ Ort _____

Straße / Nr. _____ Telefon _____

E-Mail-Adresse _____ Mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____ Telefon _____

Name der Krankenkasse/

Privatkrankenkasse _____

beihilfeberechtigt

Zahnzusatzversicherung

Allgemeine Situation

Ja Nein

Ja Nein

Medikamentenallergie (z.B. Penicillin)

Engwinkelglaukom (Augenerkrankung)

Wenn ja, welche? _____

Diabetes (Zuckerkrankheit) Typ 1 Typ 2

Andere Allergien
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente zur Senkung der Blutgerinnung (z.B. Marcumar, ASS oder Xarelto)?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Blutgerinnungsstörungen

Nehmen Sie **Bisphosphonate** zur Stärkung der Knochen oder für eine Tumorbehandlung?

Schwangerschaft

Osteoporose

Zahn-Mund-Situation

Infektionskrankheiten: Hepatitis/TBC/HIV

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Herzerkrankungen / Herzklappe

Hoher Blutdruck

Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang

Niedriger Blutdruck

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen)

Schilddrüsenerkrankung

Schmerzen am Kopf / Nacken

Atemwegserkrankung/ Asthma

Sind Sie mit der Stellung, Farbe, Form Ihrer Zähne, kurz: mit Ihrem „Lächeln“ zufrieden?

Leber-, Magen-, Darmerkrankungen

Nierenerkrankung

Ist bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden?

Epilepsie



Rückseite beachten ->

Wer ist bzw. war Ihr Hauszahnarzt?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Wer hat uns empfohlen?

Meine besonderen Wünsche beim Zahnarzt:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, die Fragen in Ihrem eigenen Interesse gewissenhaft zu beantworten und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die ganze Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, das Sie eine reservierte Behandlung nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (das heißt möglichst spätestens 48 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage, können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Unsere Datenschutzrechtlichen Informationen können Sie aus unserem Datenschutzformular in der Praxis oder auf unserer Homepage einsehen.

Gemäß § 7 der Qualitätsprüfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), möchten wir Sie darauf hinweisen dass Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen, der gesetzliche Vertreter)

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

-§73 Abs.1b SGB V

Daten des Patienten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Ort

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Hausarzt, Facharzt, zahnärztlichem Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt, Facharzt, zahnärztlicher Facharzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Zahnarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet diese weiterzuleiten. Mein behandelnder Hausarzt, Facharzt, zahnärztlicher Facharzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen, der gesetzliche Vertreter)