

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen in Druckschrift aus.

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Gesetzlich versichert
- Privat versichert - **nicht** im Basistarif
- Privat versichert - im Basistarif
- Beihilfeberechtigt
- Zahnzusatzversicherung

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten sie die Fragen Zu Ihrem Gesundheitszustand sorgfältig.

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein _____
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein _____
- Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein _____
- Herzerkrankung/Herz-OP Ja Nein _____
- Herzschrittmacher Ja Nein _____

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein _____
- Hepatitis Ja Nein _____
- Tuberkulose Ja Nein _____
- andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein _____
- Schmerzmittel Ja Nein _____
- Antibiotika Ja Nein _____
- andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein _____
- Asthma Ja Nein _____
- Lungenerkrankung Ja Nein _____
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein _____
- Rheuma Ja Nein _____
- Epilepsie Ja Nein _____
- Diabetes Ja Nein _____
- Nierenfunktionsstörungen Ja Nein _____
- Ohnmachtsneigung Ja Nein _____
- sonstige Erkrankungen: _____

Allgemeine Angaben:

- Drogenkonsum Ja Nein
- Alkoholgenuss Ja Nein Wenn ja, selten oft regelmäßig
- Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Haben Sie Angst vor zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein

Auf einer Skala von 1 (minimal) -10 (maximal) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? Ja Nein

Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat: _____

Wurde bei Ihnen eine Augen-OP durchgeführt? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis Aufmerksam

Anzeige Internet Veranstaltung Empfehlung Radio Sonstiges

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass aufwendige Leistungen über den 3,5fachen Satz berechnet werden.

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

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger
Erziehungsberechtigter