

Anamnesebogen unserer Praxis

Liebe Patienten,
willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung benötigen wir einige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus! Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja Nein**Pflegestufe?** Ja Nein Welche: _____**Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?** Wenn ja (Anschrift + Telefonnummer)

Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____**Versicherte Person:**

Name: _____ Vorname: _____ Geb: _____

Möchten Sie an Vorsorgetermine erinnert werden? Ja Nein Brief E-Mail**Ich wünsche eine gezielte Beratung über:**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Implantate (künstliche Zahnwurzel) | <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> Zahnaufhellung (Bleaching) |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbehandlung | <input type="checkbox"/> Kiefergelenk Behandlung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Beratung für Schwangere | <input type="checkbox"/> Mundgeruchsprechstunde | <input type="checkbox"/> angstfreie Behandlung |
| <input type="checkbox"/> ästhetische Zahnheilkunde | <input type="checkbox"/> reine Schmerzbehandlung | |

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?** _____**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Welche? _____

Bekommen Sie Spritzen oder Infusionen?

Welche? _____

Haben Sie Allergien?

Welche? _____

Allergiepass? Bitte zum einscannen abgeben**Haben Sie im letzten halben Jahr ein künstliches Gelenk bekommen?**

Wo? und Wann? _____

Bitte Blatt wenden

Sind Sie Schwanger? Ja, Woche/Monat? _____

Rauchen Sie? Ja, wie viele? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Herz/Kreislauf

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- Herzrhythmusstörungen
- Endokarditis
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Bypass
- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck

Skelettsystem

- Rheuma
- Arthrose
- Fibromyalgia
- Muskelerkrankungen

Gefäße

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörung
- Thrombose

Leber

- Hepatitis A/B/C

Magen/Darm

- Sodbrennen
- Refluxkrankheit

Nerven

- Epilepsie
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Atemwege/Lunge

- Asthma
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis (COPD)
- Lungenblähung

Niere

- Nierenentzündung
- Dialyse

Stoffwechsel

- Diabetes Typ I
- Diabetes Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Sonstiges

- Haut/ Geschlechtskrankheiten
- AIDS
- Osteoporose
- Kopfschmerzen/ Migräne
- Tumorerkrankungen
- Bisphosphonate

Sonstige Erkrankungen: _____

Hiermit willige ich ein, dass mein/e behandelnde/r Zahnärztin/Zahnarzt meine erhobenen Daten verarbeiten darf und soweit dies für meine Behandlung notwendig ist, mit dem Kollegen in der Praxisgemeinschaft austauschen darf. Die Einwilligung betrifft auch die in der Praxisgemeinschaft angestellten Mitarbeiter.

Darüber hinaus willige ich ein, dass mein/e Zahnärztin/Zahnarzt auf Anforderung der/des weiterbehandelnden Zahnärztin/Zahnarztes weitere Informationen über die betreffende Behandlung erteilt.

Ich entbinde meine Zahnärztin/Zahnarzt bei „Begleitpersonen“ (z. B. enge Familienmitglieder, Freunde etc.) die in den Behandlungsräumen mit anwesend sind, von der Schweigepflicht.

Liebe/r Patient/in,

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Wir bitten Sie um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Zahlungsbeträge für Prophylaxe oder Mehrkosten bei Füllungen etc. im Bereich bis zu 150€, in bar oder per EC sofort zu zahlen sind.

Datum, Ort

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Bitte Blatt wenden