

Anamnesebogen



Vorname	Name	Geburtsdatum, Geburtsort
<hr/>		
Straße	PLZ	Ort
<hr/>		
E-Mail-Adresse	Telefon (privat)	Telefon (mobil)
<hr/>		
Krankenkasse	Beruf	Hausarzt
gesetzlich versichert <input type="radio"/>	Zusatzversicherung <input type="radio"/>	
privat versichert <input type="radio"/>	beihilfeberechtigt <input type="radio"/>	Basistarif <input type="radio"/>

Wie möchten Sie Ihre Rechnung erhalten?

per E-Mail verschlüsselt per E-Mail unverschlüsselt per Post

Mitversichert bei (falls nicht selbstversichert):

Vorname	Name	Geburtsdatum, Geburtsort
<hr/>		
Straße	PLZ	Ort

Gesundheitsfragen: Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Herzinfarkt	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Endokarditis	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Magen-Darm Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzfehler	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Krebserkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Lebererkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzklappenersatz	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Osteoporose	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Diabetes	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Rheuma	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Herzrhythmusstörung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Asthma/Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Psychische Erkrankung	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis): _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

· Medikamente, die blutverdünnend wirken (z.B. ASS, Marcumar, Heparin, Xarelto, Plavix) wenn ja, welche?

· Bekommen Sie Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose oder Brustkrebs)? ja nein

· Sonstige Medikamente: _____

· Ist bei Ihnen eine Endokarditisprophylaxe verordnet? ja nein

· Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente/Spritzen? ja nein

Anamnesebogen

Liegen Allergien vor? Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____ Befinden Sie sich in der Stillzeit? ja nein

Sind Sie Raucher? _____

Bestehen Suchtkrankheiten (z.B. Alkoholabhängigkeit, Drogen)? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie künstliche Gelenke (Endoprothesen)? ja nein Hatten Sie jemals eine Bestrahlung oder Chemotherapie? ja nein

Was führt Sie zu uns? _____

Recall erwünscht? ja nein telefonisch per SMS

Dürfen wir Ihnen Terminerinnerungen per SMS senden? ja nein

Zahn-Mund-Situation:

Zahnfleischbluten ja nein Geräusche im Kiefergelenk ja nein

Sind Sie mit der Stellung/Farbe/Form zufrieden? ja nein

Wann wurden Sie zuletzt an den Zähnen geröntgt? Vor _____ Monaten.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Zeitung Sonstiges _____

Empfohlen/Überwiesen durch: _____

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist, 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.

Falls Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, spätestens 48 Stunden vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen, da wir als Bestellpraxis die für Sie vorgenommene Zeit sonst nicht wieder vergeben können. Ausfallzeiten können nach §§ 615, Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten der Patient:innen per EDV gespeichert und ggf. an eine Abrechnungsgesellschaft weitergeleitet werden. Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung bei den Zahnarztpraxen im Stadttor und in der Sprechstunde erschienen. Einer Einsichtnahme und Übernahme meiner bisher geführten Patientenunterlagen stimme ich ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift

