



HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient**Herr/Frau/Kind**

 Name, Vorname Geb.-Datum

Anschrift

 Straße Nr.

 Postleitzahl Ort

 Telefon E-Mail-Adresse

Mitglied

 Name Vorname Geb.-Datum

**Krankenkasse mit Geschäftsstelle
 oder Privatversicherung****

** Basistarif

(nur für Privatversicherte)

Ja

Nein

Zahnzusatzversicherung

Ja

Nein

Arbeitgeber

 Tel. gesch. Beruf

Durch wen wurden Sie an unsere Praxis empfohlen?

(Angabe freiwillig) _____

Wurde bei Ihnen in den letzten 5 bzw. 10 Jahren einmal jährlich eine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt? 5 Jahre 10 Jahre keine Vorsorge

Möchten Sie in unseren Recall aufgenommen werden, damit wir Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern? Ja, per Mail Ja, per Brief nein

Infektiöse Erkrankungen :

HIV-Infektion/AIDS Ja nein Lebererkrankung/Hepatitis Ja nein

Tuberkulose Ja nein Infektionskrankheiten Ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten :

Lokalanästhesie/Spritzen Ja nein Antibiotika Ja nein

Schmerzmittel Ja nein Metalle Ja nein

ANAMNESEBOGEN - DEUTSCH



ANLAGE – 02__AA04

Erkrankungen:

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Asthma/Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Drogenabhängigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzoperation	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Osteoporoseerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheuma/Arthritis	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Raucher	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Sonstiges.....		

Besteht eine Schwangerschaft? Ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?.....

.....

Besitzen Sie einen Allergiepaß? Ja nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

.....

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass bei umfangreichen zahnärztlichen oder zahntechnischen Leistungen, für die mein(e) Zahn-arzt/Zahnärztin gegenüber dem Zahntechniker in finanzielle Vorleistung treten muss, gegebenenfalls eine Bonitätsanfrage bei einem Kreditschutzunternehmen oder einer Auskunftei eingeholt wird.

....., den.....

Unterschrift:.....

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar