

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient – herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten, dass Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Um auf Ihre Bedürfnisse und Wünsche optimal eingehen zu können, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Alle Angaben werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.

Patient/Patientin

Name: Vorname: Geb.:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon (privat): Telefon (geschäftlich):

Telefon (mobil): E-Mail:

Beruf: Arbeitgeber:

Versicherte Person (falls abweichend)

Name: Vorname: Geb.:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Versicherung

Gesetzlich Freiwillig Privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Falls ja, seit wann?

Mein Hausarzt: Telefon:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufgesucht haben:

Implantatberatung Parodontalbehandlung Prophylaxe Bleaching Notfallbehandlung/Schmerzen
 Angstfreie Behandlung Zahnrestauration Kontrolle Sonstiges

Allgemeine medizinische Anamnesese

Nahmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein Wenn ja, warum und welche?

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Materialien? Wenn ja, gegen welche?

.....
.....

Medikamente:

Allergien:

Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Bitte wenden

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Herzklappenfehler |
| <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> Herzschrittmacher | <input type="radio"/> Endokarditis | <input type="radio"/> Angina pectoris |
| <input type="radio"/> angeborener Herzfehler | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> HIV-Infektion | <input type="radio"/> Aids | <input type="radio"/> Tuberkulose | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Grüner Star | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Tumor | <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Drogenabhängigkeit |
| <input type="radio"/> Immunsuppression | <input type="radio"/> MRSA (Krankenhauskeim) | <input type="radio"/> Hepatitis | |
| <input type="radio"/> Creutzfeldt-Jakob / Varianten CfJ | | | |

Sonstige Krankheiten:

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag und seit wann?

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Bekommen Sie derzeit eine Chemotherapie? Ja Nein

Zahnärztliche Anamnese

Haben Sie Schmerzen an den Zähnen oder am Zahnfleisch? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen? Ja Nein Ein wenig

Sind die Zähne empfindlich auf... Kalt Heiß Beim Kauen

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein

Haben Sie manchmal Beschwerden in den Kiefer- und Nasenhöhlen? Ja Nein

Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? Ja Nein

Haben Sie manchmal Schmerzen im Kiefergelenk? Ja Nein

Haben Sie manchmal ein Spannungsgefühl im Gesichtsbereich? Ja Nein

Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals oder Schulterschmerzen? Ja Nein

Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung? Ja Nein

Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? Ja Nein

Sind Sie ängstlich während der Zahnbehandlung? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-System aufzunehmen. Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten:

Per Post Per E-Mail

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden? Wenn ja, auf welchem Wege?

Per Post Per E-Mail

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechs-monatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen Privatleistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Wir sind stets bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Daher führen wir eine Bestellpraxis und möchten Sie bitten, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Sie ohne Termin (z.B. bei akuten Schmerzen) ggf. mit längeren Wartezeiten rechnen müssen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten