



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarten oder der Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient:

Herr / Frau / Kind

Name

Vorname

geb.

Telefon / mobil

Anschrift

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Mitglieder Zahlungspflichtiger

(bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Name

Vorname

geb.

Telefon / mobil

Anschrift

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse oder Versicherung)

- Ich bin pflichtversichert
 Ich bin freiwillig versichert
 Ich bin beihilfeberechtigt
 Ich bin privat zusatzversichert

- Ich bin privat versichert
 Ich bin Standardtarif-
versicherter gemäß
§ 25/Abs. 2a SGB V.

- Ich bin nicht versichert
 Ich bin zuschussberechtigt
(Sozialamt, Versorgungsamt)

Beruf des Mitgliedes

Schüler / Student

Anschrift des Arbeitgebers

Name

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Telefon

Bitte Rückseite beachten!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)

<input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Leberkrankheit
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/> HIV-Infektionen	<input type="checkbox"/> ggf. (seit) wann

nein

b) Allergische Reaktionen / Unverträglichkeit vom Medikamenten bzw. Materialien

nein wenn ja welche?

c)

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

a)

<input type="checkbox"/> Aspirin / ASS	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Marcumar / Phenprocoumon	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Plavix / Iscover / Clopidogrel	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ticlopidin	<input type="checkbox"/> nein

b) Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Erkrankung?

_____ ja nein

3. Wie hoch ist Ihr Blutdruck? niedrig ggf. Werte? normal hoch

4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja ggf. welche? nein

6. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ggf. welche Woche?
 ungewiss

7. Rauchen Sie ? ja nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

8. Nehmen Sie Drogen? ja nein

9. Schnarchen Sie? ja nein

10. Sonstige Angaben / andere Krankheiten:

11. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4–6 Stunden beeinträchtigen kann.

12. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

13. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm interessiert. ja nein

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben.

Datum Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten