

Anamnesebogen

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. Diese sind wichtig für eine adäquate und möglichst risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Martin Drexler



Martin Drexler
Zahnarzt

Persönliche Daten

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat, mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf, Arbeitgeber

Name der Krankenkasse/Versicherung

Zahnzusatzversicherung ja

nein

gesetzlich versichert

privat versichert (nicht im Basistarif)

Bundesbeihilfe

freiwillig versichert

privat versichert (im Basistarif)

Landesbeihilfe

Härtefall befreit

Postbeamtenkrankenkasse

Bundesbahn (KVB)

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte folgende Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Anamnesebogen

Allgemeine Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

ja nein

Hausarzt

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher **Behandlung**? ja nein

Wenn ja, warum?

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? Bisphosphonate Sonstige:

Blutungsneigung:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Marcumar ASS ja nein

Herzerkrankungen: Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Herzschrittmacher Herzklappenersatz

Blutdruck: zu niedrig zu hoch

Allergie: Besteht bei Ihnen der Verdacht auf Überempfindlichkeit gegen bestimmte Materialien/Medikamente? ja nein

Penicillin Para-Gruppen Metall

Jod Sonstige:

Schwangerschaft

Voraussichtlicher Geburtstermin:

Infektionen Hepatitis A/B/C HIV (Aids) TBC

Andere Krankheiten: Diabetes Rheuma Schilddrüse

HbA1c größer 7 Sonstige:

Nervensystem: Epilepsie Schlaganfall

Lebererkrankungen: Leberzirrhose Gallensteine

Augenerkrankungen: Star Engwinkelglaukom

Raucher Alkoholkonsum Drogenkonsum

mehr als 5 je Tag

Bestehen Tumore oder Geschwülste oder wurden diese entfernt? ja nein

Bemerken Sie häufiger Kopfschmerzen oder Muskelverspannungen? ja nein

Zahn-Mund-Situation

Wünschen Sie nur eine Behandlung der zurzeit vorhandenen Beschwerden? ja nein

Interessiert Sie ein professionelles Pflege- und Vorbeugungsprogramm? ja nein

Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen (der Form) Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Legen Sie Wert auf hochwertige, zahnfarbene Materialien bei den Füllungen? ja nein

Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack im Mund? ja nein

Hören Sie Geräusche im Kiefergelenk (z. B. beim Gähnen, Kauen)? ja nein

Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?

Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

.....

Welche Wünsche haben Sie an die Behandlung?

.....

Über welche Behandlung möchten Sie ausführlich informiert werden?

.....

Anamnesebogen

Einige Hinweise zu unserer Praxis

Grundsätzlich gilt: Falls Sie Änderungen Ihres in diesem Bogen erfassten Gesundheitszustandes feststellen, bitten wir um unverzügliche Mitteilung. Wir möchten Sie außerdem darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer Betäubung eingeschränkt ist.

Wir sind sehr bemüht, Ihnen lange Wartezeiten möglichst zu ersparen und haben deshalb ein Bestellsystem eingeführt. Wir bitten Sie daher auch, vereinbarte Termine mindestens zwei Tage vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Bitte beachten Sie, dass ausgefallene Termine, die nicht mindestens zwei Tage vorher abgesagt wurden, in Rechnung gestellt werden müssen. Erhalten Sie wegen Schmerzen oder Beschwerden einen Nottermin, müssen Sie aus organisatorischen Gründen leider mit Wartezeit rechnen.

Wir bieten in unserer Praxis ein spezielles, professionelles Pflege- und Vorbeugeprogramm an, dessen Ziel es ist, Ihre Zähne ein Leben lang gesund zu erhalten.

Unsere Praxis garantiert Ihnen, dass die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches bezüglich der vertraulichen Behandlung personenbezogener Daten eingehalten und die Daten nur für praxisbezogene notwendige Vorgänge be- und verarbeitet werden. Die für die jeweiligen Abrechnungen notwendigen Daten leiten wir an ein Factoring-Unternehmen weiter, das sich ausschließlich mit dem Geldeingang der jeweiligen Rechnungsbeträge befasst.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und informieren Sie ausführlich.

Erklärung und Bestätigung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und bearbeitet werden und dass meine Daten an einen möglichen Praxisnachfolger weitergegeben werden. ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis mir praxisbezogene Informationen per Telefon, Post oder E-Mail mitteilt.

Ich möchte am Erinnerungsdienst (Recall) der Praxis teilnehmen.

Ich möchte gerne den kostenlosen Praxisnewsletter monatlich per E-Mail erhalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben sowie, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)