



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen vor dem ersten Besuch gewissenhaft auszufüllen, um Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen zu können. Dazu benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand – wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

Versicherung

Gesetzlich versichert Privat versichert Zusatzversicherung

Basistarif Beihilfeberechtigt Selbstzahler

Name der Krankenkasse: _____

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Kommunikation / Schweigepflichtentbindung

Terminerinnerung erwünscht? nein ja, per E-Mail

Dürfen wir Ihre Unterlagen (Karteikarte, Röntgenbilder) zum Zweck einer Konsultation mit einem anderen Arzt per E-Mail versenden? ja nein

Hiermit erteile ich folgenden Personen gegenüber eine Schweigepflichtentbindung (Name, Geburtsdatum, Anschrift):

Wichtiger Hinweis: Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte bis spätestens 24 Stunden vorher ab. Das gibt uns die Chance, anderen Patienten einen Terminwunsch zu erfüllen. **Bei Nichterscheinen oder Absagen, welche nicht 24 Stunden vor Ihrem geplanten Termin erfolgen, behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr in der Höhe von 50 Euro je angefangene halbe Stunde zu erheben.**

Allgemeine Gesundheitssituation

Blutdruck: niedrig normal hoch

ja nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Medikamentenallergie(n)? ja nein

Wenn ja, welche?

Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörungen? ja nein

Blutgerinnungsstörung? ja nein

Schlaganfall? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS)? ja nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV)? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Andere Erkrankungen, OPs, Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein

Ohnmacht nach (zahnärztlicher) Betäubung? ja nein

Liegt bei Ihnen Pflegegrad 1, 2, 3, 4, 5 vor? ja nein

Wurde/wird eine onkologische Therapie ja nein

durchgeführt?

Haben Sie Osteoporose? ja nein

Nehmen Sie Bisphosphonate / Denosumab? ja nein

Schwangerschaft? Wenn ja, _____ Woche ja nein

Zahn-Mund-Situation

Wann wurden Sie zuletzt zahnärztlich geröntgt?

ja nein

Wurden Ihre Zähne regelmäßig professionell gereinigt (Prophylaxe)? ja nein

Zahnfleischbluten/-entzündungen/-rückgang ja nein

Zähneknirschen/Pressen? ja nein

Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Kauen) ja nein

Schmerzen am Kopf oder im Nacken? ja nein

Probleme beim Reinigen der Zähne? ja nein

Schnarchen? ja nein

Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form ja nein

Ihrer Zähne zufrieden?

Wenn nein, was möchten Sie ändern?

Haben Sie ein besonderes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Medikamente und Einnahme sowie Ihrer Anschrift unverzüglich mit.

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Art. 13 DSGVO: Alle Informationen zum Thema Datenschutz entnehmen Sie bitte der in unserem Wartezimmer ausliegenden Datenschutzerklärung oder unserer Website (www.zahnmedizin-verden.de/anamnesebogen).