

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches m w d

Name / Vorname..... PLZ / Ort

Straße / Nr..... Tel. privat

Geburtsstag..... Geburtsort..... Tel. mobil

E-Mail..... Beruf

Krankenkasse / -versicherung

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein

Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

m w d

Name / Vorname..... Geburtsdatum

Straße / Nr..... PLZ / Ort

Wer ist Ihr Hausarzt / Kinderarzt?

Name..... Tel.....

Straße / Nr..... PLZ / Ort.....

Warum suchen Sie uns auf?

Routinekontrolle Schmerzbehandlung neuer Zahnersatz „zweite Meinung“ Angstpatient

Überweisung andere Gründe:

Befinden Sie sich bereits in (zahn-)ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weswegen?

Wurden Sie schon einmal operiert? ja nein

Wenn ja, wann und weswegen?

Nehmen Sie Medikamente? (ggf. Medikamentenliste einreichen) ja nein Wenn ja, welche?

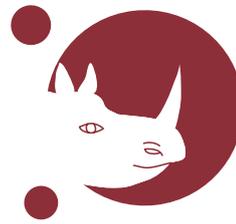
blutverdünnende Medikamente (Marcumar®, ASS, Heparin) Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel

andere:

Leiden Sie an Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, wogegen?

ANAMNESEBOGEN



ZAHNÄRZTLICHE
PRAXISKLINIK
Dr. Stein & Kollegen

Haben Sie akute Beschwerden?

ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese (Zahn / Zahnfleisch / Kiefer)?

.....

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

Leber ja nein

Nieren ja nein

Schilddrüse ja nein

Magen-Darm-Traktes ja nein

Wirbelsäule / Knochen (Osteoporose) ja nein

Falls ja, bitte ggf. ergänzende Angaben einfügen

.....

.....

.....

.....

.....

Haben oder hatten Sie ...

hohen / niedrigen Blutdruck ja nein

Rheuma (Gelenk- / Weichteilrheuma) ja nein

Diabetes ja nein

Ohrensausen / Tinnitus ja nein

Epilepsie (Anfallsleiden) ja nein

Grünen Star (erhöhter Augendruck) ja nein

Tumorerkrankung ja nein

Asthma ja nein

Infektionskrankheiten ja nein

(z. B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis)

Sonstige Erkrankungen ja nein

Demenz ja nein

Wenn ja, wer ist der gesetzliche Vertreter?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Haben oder hatten Sie eine/n ...

Falls ja, bitte Zeitpunkt und ggf. ergänzende Angaben einfügen

Herzklappenentzündung ja nein

Bypass ja nein

Stent ja nein

Angina Pectoris ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzinfarkt ja nein

Arrhythmien ja nein

sonstige Herzerkrankung ja nein

.....

.....

.....

.....

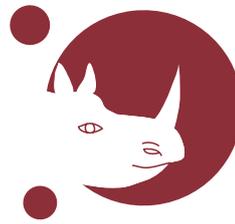
.....

.....

.....

.....

.....



Für unsere Patientinnen

- Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche?
- Stillen Sie derzeit? ja nein

Sonstiges

- Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viel?

Hinweise zur Organisation

Ihr Termin wird extra für Sie freigehalten. Aus organisatorischen Gründen ist es daher notwendig, dass Sie für den Fall einer Verhinderung rechtzeitig – d. h. spätestens 2 Tage vor dem Termin – absagen, damit wir noch die Möglichkeit haben, „Ersatzpatienten“ einzubestellen. Sollten Sie dennoch nicht rechtzeitig absagen, müssen wir Ihnen leider die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung in Rechnung stellen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre **Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr** nach einer **zahnärztlichen Behandlung** unter Umständen **bis zu 24 Stunden beeinträchtigt** sein kann. Dies kann sowohl **durch die Behandlung selbst** als auch durch den **Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten** hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Hinweis zur privaten Krankenversicherung

Ich bin darüber informiert, dass es im Einzelfall zu Kürzungen der bei der Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle eingereichten Rechnung kommen kann – Abrechnungsgrundlage sind die geltenden GOÄ / GOZ-Fassungen. Den Betrag, den meine Krankenversicherung und / oder Beihilfestelle in einem solchen Fall kürzt, trage ich selbst.

In eigener Sache

- Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
- von Verwandten / Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige
- Überweisung von
- Internet, über die Seite Sonstiges

- Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angeschaut? ja nein
- Möchten Sie von uns per Post oder SMS an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

Datum, Ort

Unterschrift