HERZLICH WILLKOMMEN

in der Praxis am Herrensee

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten*innen,
für eine risikofreie Behandlung ist eine gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Aus diesem Grund muss der Anamnesebogen regelmäßig aktualisiert werden, denn bei Ihrer Gesundheit können sich Änderungen ergeben haben.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

geboren am: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____

Handy: _____ Email:_____

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

gesetzlich versichert: ☐ ja ☐ nein Zusatzversicherung: ☐ ja ☐ nein

privat versichert: ☐ ja ☐ nein Beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein Basistarif: ☐ ja ☐ nein

Versicherter (falls abweichend):

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Betreuer (falls vorhanden):

Name, Anschrift: _____

Hausarzt:

Name: _____ Telefon: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ auf Empfehlung ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Internet-Seite

☐ Überweisung von _____

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine*n …

☐ Routinekontrolle ☐ Beratung ☐ Schmerzbehandlung

☐ „zweite Meinung“ ☐ hochwertigen Zahnersatz ☐ ästhetische Zahnheilkunde

☐ Kiefergelenks-Behandlung ☐ Zahnfleisch-Behandlung ☐ Zahnreinigung

☐ Füllungs-Therapie ☐ Implantate ☐ weiße Zähne

☐ andere Gründe: _____

Gesundheitsfragen:

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte geben Sie die Ihnen bekannten Erkrankungen und Medikamente an.

Medikamente – Nehmen Sie …

☐ Herzmedikamente ☐ Cortison (Kortikoide) ☐ Schmerzmittel ☐ Antidepressiva

☐ blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Eliquis, etc.) ☐ andere Medikamente

wenn ja, welche: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des …

Herz-Kreislauf	☐ ja ☐ nein	Schilddrüse	☐ ja ☐ nein	Nieren	☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Trakt	☐ ja ☐ nein	Rheuma	☐ ja ☐ nein	Wirbelsäule	☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie …

hohen Blutdruck	☐ ja ☐ nein	Epilepsie	☐ ja ☐ nein
niedrigen Blutdruck	☐ ja ☐ nein	Glaukom / Grüner Star	☐ ja ☐ nein
Diabetes	☐ ja ☐ nein	Osteoporose	☐ ja ☐ nein
Asthma/Lungen-Erkrankung	☐ ja ☐ nein	Krebs-Erkrankung	☐ ja ☐ nein
Hepatitis	☐ ja ☐ nein	HIV (AIDS)	☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welcher Typ? ☐ A ☐ B ☐ C

Allergien ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wogegen?_____

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie …

☐ Stents ☐ Bypass ☐ Herzschrittmacher ☐ Herzinfarkt

☐ Herzklappen-Entzündung ☐ künstliche Herzklappe ☐ Angina Pectoris

Sonstige Infektionen / Erkrankungen: _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, gegen welche? _____

Leiden Sie unter ☐ Zahnfleischbluten ☐ Mundgeruch ☐ Kiefergelenks-Probleme

Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? ☐ ja ☐ nein

Für unsere Patientinnen: Schwangerschaft / Stillzeit ☐ ja ☐ nein

Zum Schluss:

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wieviel pro Tag? _____

regelmäßig Alkohol ☐ ja ☐ nein regelmäßig Drogen ☐ ja ☐ nein

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Recall-Service:

Wir bieten Ihnen an, Sie in regelmäßigen Abständen an Ihre*n nächsten Zahnarzt-Besuch / Prophylaxe-Behandlung zu erinnern. Wünschen Sie diesen Service? □ ja □ nein

Wenn ja □ per Email □ per Telefon

Datenschutz:

Im Rahmen Ihrer Behandlung erheben wir hier Ihre Daten. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit größtmöglicher Sorgfalt verwaltet. Sie unterliegen dem Datenschutzgesetz gemäß Art. 13 DSGVO. Ihre Daten werden ggf. übermittelt an:

- Ihre Krankenversicherung
- die KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen)
- ggf. das Dental-Labor
- nach Zustimmung an Ihren Hausarzt bzw. Nach-Behandler sowie an den überweisenden Arzt
- gesetzlichen Vertreter

Zur Besonderen Beachtung:

Anästhesie-Mittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen. Bitte stellen Sie sich bei Ihren Behandlungsterminen darauf ein.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass während der Behandlung evtl. Fotos zu Dokumentations-Zwecken angefertigt werden.

Ratenzahlung:

Wir bieten für alle evtl. entstehenden Rechnungen die Möglichkeit der zinslosen Ratenzahlung an. Falls Sie das möchten sprechen Sie uns einfach an.

Termine:

In unserer Praxis sind fünf Ärzte und sieben Prophylaxe-Assistentinnen tätig, die jeweils ein eigenes Bestellsystem führen. Wir weisen deshalb darauf hin, dass die Reihenfolge, in der die Patienten aufgerufen werden, variieren kann.

Wir arbeiten grundsätzlich mit einem Bestellsystem. Es kann jedoch durch unvorhergesehene Zwischenfälle zu längeren Wartezeiten kommen. Wir bitten um Verständnis.

Sollten Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diesen **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen.

Es kommt leider immer wieder vor, dass längere Termine nicht eingehalten werden.
In diesem Fall behalten wir uns vor, eine **Ausfallentschädigung in Höhe von 50 €** in Rechnung zu stellen.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____