

Patientenanamnesebogen

Bitte vollständig ausfüllen!

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Pflegegrad ja nein
 1 2 3 4 5

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Ich bin gesetzlich versichert **ohne** priv. Zusatzversicherung
- Ich bin gesetzlich versichert **mit** privater Zahnzusatzversicherung
- Ich bin Beihilfeberechtigt

- Ich bin privat versichert – Erstattung bis zum Faktor 2,0 → **bitte § 257 Abs. 2a SGB V unterschreiben lassen**
- Ich bin privat versichert – Erstattung bis zum Faktor 2,3
- Ich bin privat versichert – Erstattung bis zum Faktor > 2,3

Überweisender Arzt - Name, Adresse, Telefon

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Kontakt:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- auf Empfehlung von
- durch Ihre Internetseite
-

Ihr Anliegen:

- Beschwerden / Zahnschmerzen
- Allgemeine Routineuntersuchung
- Zweite Zahnarztmeinung

Ihre speziellen Wünsche an uns:

- Karies- und Parodontoseprophylaxe
- Kiefergelenksbeschwerden
- Amalgamentfernung /-sanierung
- zahnfarbene Füllungen
- Zahnfleisch- und Parodontosebehandlung

- Zahnersatz
- Bleaching
- Schnarcherschiene
- _____
- _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand **Bitte ankreuzen** **Zusätzliche Informationen**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
- Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
- Herzerkrankung Ja Nein
- Herzoperation Ja Nein
- Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

- HIV Ja Nein
- Hepatitis Ja Nein
- Tuberkulose Ja Nein
- MRSA Ja Nein
- andere: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
- Schmerzmittel Ja Nein
- Antibiotika Ja Nein
- andere: _____

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
- Asthma Ja Nein
- Lungenerkrankung Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Rheuma Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
- Ohnmachtsneigung Ja Nein
- Osteoporose Ja Nein
- andere: _____

Allgemeine Angaben:

- Alkoholgenuss Ja Nein gelegentlich
- Raucher Ja Nein Wie viele? _____
- Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:
- Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

letztes Röntgen _____

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes gem. DSGVO und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich dieser Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Die Einhaltung der uns gesetzlich vorgeschriebenen Speicherung/Aufbewahrungsfristen bleiben davon unberührt.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder rechtzeitig im Voraus abzusagen.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger/ Erziehungsberechtigter

