

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis! Bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche kümmern können, benötigen wir einige persönliche Angaben, Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sowie über die eventuelle Einnahme von Medikamenten. Dies ist unabdingbar für eine bestmögliche und risikoarme Behandlung, die wir Ihnen gerne anbieten möchten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSONALIEN

PATIENT

VERSICHERTER

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Arbeitgeber

Hausarzt/Ort

Krankenkasse

gesetzlich versichert

gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung

privat versichert

beihilfeberechtigt

Sind Sie auf einen Pflegegrad eingestuft?

ja, Pflegegrad..... nein

(Falls ja, lassen Sie uns bitte eine Bescheinigung über den Pflegegrad zukommen.)

FRAGEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

HABEN SIE:

- Hohen Blutdruck ja nein
- Niedrigen Blutdruck ja nein
- Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen ja nein
- Organtransplantat ja nein
- Tuberkulose ja nein
- HIV ja nein
- Hepatitis (A, B C) ja nein
- Schilddrüsenerkrankungen ja nein
- Rheuma, Osteoporose ja nein
- Nierenfunktionsstörung ja nein
- Lungenerkrankung ja nein
- Epilepsie ja nein
- Lähmung ja nein
- Asthma/COPD ja nein
- Grüner Star ja nein
- Unverträglichkeit von Medikamenten
(Lokalanästhetika, Schmerzmittel, Antibiotika, andere) ja..... nein
- Herzkrankungen
(Herzschrittmacher, Infarkt, Klappe etc.) ja..... nein
- Krebserkrankungen ja..... nein
- Nehmen oder haben Sie Bisphosphonate genommen?
(Zoledronat, Pamidronat, Clodronat, Alendronat etc.) ja nein
- Befinden sich in einer Strahlen- oder Chemotherapie? ja nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes) ja, Datum:..... nein
- Schlaganfall ja, Typ-1 ja, Typ-2 nein
- Sind Sie in den letzten (12) Monaten operiert worden? ja, an:..... nein
- Allergien ja, gegen..... nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja..... nein
-
- Bei Frauen – sind Sie schwanger? ja, Monat:..... nein
- Sind Sie in den letzten (24) Monaten geröntgt worden? ja, Folgendes:..... nein
- Rauchen Sie? ja, Anzahl:..... nein
- Trinken Sie Alkohol? ja, Häufigkeit:..... nein
- Nehmen Sie Betäubungsmittel? ja, Häufigkeit:..... nein

ZAHN-MUND-SITUATION

Die moderne Zahnmedizin bietet eine Reihe von Möglichkeiten, die wir unseren Patienten zur Verfügung stellen möchten. Die nachfolgenden Antworten sind für unsere Zusammenarbeit mit Ihnen wichtig, um gemeinsam den für Sie geeigneten Behandlungsweg planen zu können.

Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung? ja nein

Sind Sie mit Farbe, Form und Stellung ihrer Zähne zufrieden? ja nein

TEXT-SERVICE

Würden Sie gerne unseren Service nutzen und sich an Ihren nächsten anstehenden Termin kostenlos von uns per E-Mail erinnern lassen? Falls ja, verwenden wir dafür die E-Mail-Adresse, die Sie auf Seite 1 angegeben haben. Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen, unter folgender E-Mail-Adresse widerrufen werden:

info@zahnaerzte-hundsangen.de

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam (Empfehlung, Internet, Facebook etc.)?

.....

HINWEIS ZUR ORGANISATION

Wir sind eine Bestellpraxis und werden, falls erforderlich, einen oder mehrere Termine exklusiv für Sie reservieren. Dies erspart Ihnen lange Wartezeiten und wir sind zum vereinbarten Termin auch wirklich für Sie da! Wir arbeiten nach der Devise „**Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich!**“! Daher möchten wir Sie bitten, sich in jedem Falle vor einem geplanten Besuch in unserer Praxis telefonisch anzumelden, um Ihnen lange Wartezeiten ersparen zu können.

Eine Terminabsage sollte spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen! Nicht rechtzeitig abgesagte Termin müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen! (280 €/Stunde)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Terminabsage. Näheres über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, finden Sie in den im Wartezimmer ausliegenden Hinweisen zum Datenschutz. Davon können Sie auch gerne ein Exemplar mit nach Hause nehmen.

Vielen Dank für Ihre geschätzte Mitarbeit

Ihr Praxisteam Dr. Susanne Friedrich, Dr. Johannes Schmidt, Dr. Teresa Simon

Ort, Datum

Unterschrift