

Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Jessenstrasse
Kathrin Großterlinden und Dr. Katrin von Allwörden



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis gekommen sind. Diese wird nach einem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Nicht vorhersehbare und medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Kommen Sie aufgrund eines unvorhergesehenen Notfalls (z.B. akuten Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie leider mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte Ihre Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da wir Ihnen sonst die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung stellen müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversicherungskarte und der Behandlung auf Privatrechnung nach § 13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/in

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl/Ort _____ Telefon/E-Mail _____

Mitglied/Zahlungspflichtige/r:

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl/Ort _____ Telefon/E-Mail _____

Name der Krankenkasse/ -versicherung _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat standard versichert - 1,7facher Satz | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) | <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert |

Beruf des Mitgliedes _____

- Schüler/Student selbständig

Wer hat Sie zu uns empfohlen oder überwiesen? _____

Was ist der Anlaß für Ihren Besuch in unserer Praxis?

- Schmerzen Kontrolle Zahnersatz Beratung Sonstiges

Wenn Sie Schmerzen im Zahn-/ Mundbereich haben Wo? _____ Wann? _____

Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? Wenn ja welche _____

- | | | | |
|---|---|--|---|
| Beobachten Sie Veränderungen der Zahnstellung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Zahnlockerungen oder Überempfindlichkeiten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hatten Sie eine Parodontitisbehandlung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie manchmal/Häufig einen schlechten Geschmack im Mund oder Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Pressen oder Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hatten Sie jemals Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung, Kauen oder Unterkeiferbewegungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wenn nein, warum nicht? _____ Welche Mundpflege benutzen Sie außer der Zahnbürste? _____

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie folgende Fragen sehr sorgfältig aus.

Anamnesebogen

Zahnarztpraxis Jessenstrasse
Kathrin Großterlinden und Dr. Katrin von Allwörden



Fragen zu bestehenden Erkrankungen:

1. Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung ja nein

2. Ihr Hausarzt: _____
Name Telefon-Nr.

3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzkrankungen, Z.n. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenerkrankung /-defekt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Endokarditis-Prophylaxe / Pass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Allergien / Unverträglichkeiten

Bestehen bei Ihnen Allergien? ja nein Allergiepass ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Infektionserkrankungen

HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere _____	

6. Weitere Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenkersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere _____		Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Bestehen sonstige Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche _____

8. Sind Sie Raucher? ja nein **Wenn ja, wieviel pro Tag?** _____

9. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein z.B. Aspirin (ASS) oder Bisphosphonate? ja nein

Wenn ja, welche _____

10. Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat _____ ja nein

11. Wann wurden Sie das letzte Mal im Zahn-, Mund-, Kieferbereich geröntgt? Monat / Jahr _____

12. Wer war bisher Ihr behandelnder Zahnarzt? _____

13. Sind Sie an einem kostenlosen Erinnerungsdienst (Recall) interessiert ja nein

Wichtige Informationen

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

 Datum Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter