

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Dr. med. dent. André Schmidt!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

lesen Sie bitte diesen Erhebungsbogen sehr sorgfältig durch und füllen Sie ihn bitte aus, denn viele Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Diese Angaben unterliegen auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschießlich dazu unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, Ihren persönlichen Unterlagen beigefügt und unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Vor-/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Firma: _____

Krankenkasse: _____ Zahnzusatzversicherung: _____

Hausarzt+ Telefon: _____

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Möchten Sie von uns halbjährlich an die Kontrolltermine erinnert werden? Ja Nein

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

Herzschwäche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zu hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Zu niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzasthma, Angina Pectoris	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zustand nach Infarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Migräne/Kopfschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

Zuckerkrankheit (Diabetis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungshemmung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Blutarmut	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B oder C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ekzeme	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Penicillin-Überempfindlichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Erkrank. der Atemwege	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergiepass vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	HIV Positiv	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen					

Andere Krankheiten? Ja Nein

Sind Sie frisch operiert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind o. waren Sie drogenabhängig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Woche		
Rauchen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?.....

(Bitte informieren Sie uns, wenn sich etwas an der Medikation ändern sollte)

!! Bitte wenden !! => => =>

- Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Zahnfarbe zufrieden? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen schon mal eine Professionelle Zahnreinigung durchgeführt? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen schon mal eine Parodontosebehandlung durchgeführt? Ja Nein
- Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?.....

Ihre speziellen Wünsche an uns:

- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Karies und -Parodontoseprophylaxe | <input type="checkbox"/> | Implantate | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfleisch / Parodontosebehandlung | <input type="checkbox"/> | Vollkeramischer Zahnersatz | <input type="checkbox"/> |
| Kiefergelenksbehandlung | <input type="checkbox"/> | Zahnformkorrektur | <input type="checkbox"/> |
| Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> | Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> |
| Moderne Behandlungsmethoden, die von Ihrer Krankenkasse nicht übernommen werden | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Termine, die ich aus zwingenden Gründen (Krankheit, Unfall, o.ä.) nicht einhalten kann, werde ich spätestens 1 Werktag, 24 Stunden vorher absagen, da mir sonst durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können. Die Ausfallentschädigung wird entsprechend der vorgesehenen Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie der Gebührenordnung für Ärzte in Höhe von pauschal Euro 100,00 € berechnet.

Ich bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben und akzeptiere alle Hinweise und Ratschläge:

Datum/ Unterschrift _____

Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte grundsätzlich bei jedem Besuch. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung noch nicht vor, wird die Behandlung privat liquidiert.