

Anamnesebogen

Personenbezogene Daten



Zahnarzt- & Prophylaxepraxis

Dr. Hommer

Name	Vorname	Straße	PLZ/Wohnort
Geburtsdatum	Handynummer	Telefon	E-Mail

Versichertenstatus:

Gesetzlich / Privatversichert bei: _____

Zusatzversicherung? ☐ Ja ☐ Nein

Beihilfeberechtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Kostenerstattung: ☐ Ja ☐ Nein

Bonusheft? ☐ Ja ☐ Nein

Grund des Besuches:

☐ Schmerzen ☐ Migräne/ Kopf- oder Nackenschmerzen ☐ Zahnfleischbeschwerden ☐ Angst

☐ Schlechter Geschmack / Mundgeruch ☐ Kiefergelenksbeschwerden ☐ Zahnersatz ☐ Schnarchen

Sonstiges _____

Wie Sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? ☐ Familie / Bekannte ☐ Internet ☐ Überweisung ☐ Sonstige

Behandelnder Hausarzt: _____

Allgemeine Situation

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien?

☐ Medikamente ☐ Metalle ☐ Sonstige? _____

Herzerkrankungen (Bypass, Schrittmacher, etc.) ☐ Ja _____ ☐ Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel? (Ass, Marcumar, etc..) ☐ Ja _____ ☐ Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ? ☐ Ja ☐ Nein

Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, etc...) ☐ Ja ☐ Nein

Tumorerkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Rheuma / Arthritis ☐ Ja ☐ Nein

Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie? ☐ Ja _____ Stück ☐ Nein

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Psychische Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche? _____

Blutwert Vitamin D3 ? _____

Zahnmedizinische Vorbehandlung

Ich hatte bereits eine Zahnfleischbehandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Ich nehme regelmäßig an einer Professionellen

Zahnreinigung teil? ☐ Ja ☐ Nein

Alter des Zahnersatzes? _____

Alter der Implantate? _____

Ich trage eine Knirscherschiene ? ☐ Ja ☐ Nein

Ich hatte eine kieferorthop.Behandlung ? ☐ Ja ☐ Nein

Beratungswünsche

Professionelle Zahnreinigung ☐ Ja ☐ Nein

Bleaching (Zahnaufhellung) ☐ Ja ☐ Nein

Zahnästhetik ☐ Ja ☐ Nein

Ernährungsfragen ☐ Ja ☐ Nein

Sonstiges: _____

Bitte Rückseite beachten →

Wichtige Informationen

Wir sind eine Bestellpraxis und bemühen uns, die vereinbarte Behandlungszeit einzuhalten. Wir bitten Sie aber um Verständnis, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Sollten Sie einen fest vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig - spätestens jedoch 24 Stunden vor dem Termin.

Wir weisen darauf hin, dass **bei Nichterscheinen oder nicht rechtzeitiger Absage eines fest vereinbarten Termins die Ausfallzeit in Rechnung gestellt werden kann (lt. § 615 BGB) !**

Bitte bringen Sie zum Behandlungstermin Ihre **Versichertenkarte** mit. Liegt diese uns 1 Woche nach der Behandlung nicht vor, werden Behandlungsleistungen privat in Rechnung gestellt.

Bitte beachten! **Örtliche Betäubung** hat zur Folge, dass Sie 1 Std. nicht und 24 Std. nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Alle Informationen unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und den Bestimmungen des **Datenschutzes** und werden daher streng vertraulich behandelt. Umfassende Hinweise zum Datenschutz in unserer Praxis entnehmen Sie bitte der Patienteninformation zum Datenschutz, die Ihnen an der Praxisrezeption gern ausgehändigt wird bzw. die in unserem Wartezimmer für Sie bereit liegt.

Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Gesundheitsfragen, Adressenänderung etc.) zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Der Weitergabe meiner Behandlungsdaten per E-Mail, CD oder Post an weiterbehandelnde Ärzte stimme ich zu.

Der Anforderung meiner Behandlungsdaten von vorbehandelnden Ärzten (E-Mail, CD, Post) stimme ich zu.

Datum

Unterschrift