

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis

Der Gesetzgeber fordert uns als Zahnarztpraxis dazu auf, diese Anamnese regelmäßig von unseren Patienten erneuern zu lassen. Das dient Ihrer und unserer Sicherheit und bedarf Ihrer Unterstützung. Da sich Veränderungen Ihrer Gesundheit sowie die Einnahme von Medikamenten ergeben können. Wir benötigen neben Angaben zu Ihren Personalien ausführliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, da diese sich auch auf Ihre zahnärztliche Behandlung auswirken können. In gewohnter Weise, werden wir im Anschluss sehr gerne all Ihre Fragen ausführlich beantworten und hoffen, dass Sie sich weiterhin in unserer Praxis wohlfühlen!

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Persönliches:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Mobil	
<input type="text"/>		
E-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon geschäftlich.	Beruf	Arbeitgeber

Versicherung:

<input type="text"/>		
Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Basistarif
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	

Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte die Versichertendaten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vor- und Zuname	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Mobil	

**Möchten Sie unseren Erinnerungsservice (Recall) nutzen?
Wenn ja, kreuzen Sie bitte an:**

- Vorsorgeuntersuchung Zahnreinigung Behandlungstermin
 Post E-Mail SMS

Bestehen gesundheitliche Risiken?

	Ja	Nein	Art der Erkrankung / Medikamente
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen (künstliche Klappe, Endokarditis, Herz OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma/ Lungenerkrankung/ COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chemotherapie/ Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
mit Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (z.B gegen Penicillin, Schmerzmittel, Metalle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monat _____
Raucher/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zigaretten pro Tag _____
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie einen Medikamentenplan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

welche: _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recallsystem einverstanden. Mit der Nutzung intraoraler und enface Fotos bin ich einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle gesundheitlichen Änderungen, umgehend Mitteilung zu machen.

Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass mir, falls notwendig, eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer, an Zunge und Lippe in seltenen Fällen zur Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich- chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Titisee-Neustadt, den
