

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:

Vor- und Zuname

Geburtsdatum- und ort

Strasse und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Beruf/Arbeitgeber

Telefon geschäftlich

Versicherung:

Krankenkasse

gesetzlich versichert

privat versichert

Basistarif

Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Wenn Sie familienversichert sind, ergänzen Sie bitte die Versichertendaten:

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Strasse und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

Mobil

Möchten Sie unseren Erinnerungsservice (Recall) nutzen?

Wenn ja, kreuzen Sie bitte an:

Vorsorgeuntersuchung

Zahnreinigung

Post

E-Mail

Bestehen gesundheitliche Risiken?

	Ja	Nein	Art der Erkrankung / Medikamente
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Überstandene Endokarditis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutgerinnungsstörung und/oder Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nervenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Asthma/ Lungenerkrankung/ COPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Augenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Chemotherapie/ Bestrahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Einnahme von Bisphosphonaten (z.B. Alendronat, Zoledronat, Denosumab)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien (z.B gegen Penicillin, Schmerzmittel, Latex, Metalle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Monat _____
Raucher/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(E-)Zigaretten pro Tag _____
Drogenabhängigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie einen Medikamentenplan:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

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 zu 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.

Datum, Unterschrift