



ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrter Patient,

für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Versicherung: _____

gesetzlich freiwillig privat PKV-Standardtarif Beihilfe

Besteht eine Zahnzusatzversicherung: _____

Mein Hausarzt (Name, Adresse, Telefon): _____

Ihr Hauptanliegen, weshalb Sie heute unsere Praxis aufsuchen: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen:

- | | | | |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| Herz-/ Kreislaufferkrankungen | <input type="radio"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="radio"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="radio"/> |
| Bypass/ Stent/ Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie) | <input type="radio"/> | neigen Sie zu blauen Flecken | <input type="radio"/> |
| Immunschwäche (HIV/AIDS) | <input type="radio"/> | Rheuma, rheumatische Fieber | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis A, B, C) | <input type="radio"/> | Tuberkulose | <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD) | <input type="radio"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | Augenerkrankung (Glaukom- grüner Star) | <input type="radio"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="radio"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht | <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> | Sonstige Erkrankung / Infektion | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie? (wie viele pro Tag: _____) | <input type="radio"/> | Schwangerschaft (ja/ vielleicht) | <input type="radio"/> |
| Allergien (Besitzen sie einen Allergiepass?)
welche _____ | <input type="radio"/> | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Marcumar, Clopidogrel (Plavix), ASS)ein?
welche _____ | | | <input type="radio"/> |
| Leiden sie oft an Migräne, Kopfschmerzen, Nackenverspannungen, Rückenschmerzen, Tinnitus | | | <input type="radio"/> |

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt Ihre Zähne gesund zu erhalten – von Anfang an!
 Hierzu bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Prophylaxeleistungen, um Ihre gesunden Zähne zu schützen und Ihre Mundgesundheit zu verbessern. Selbstverständlich werden wir, falls es doch einmal nötig sein sollte, auch Ihre erkrankten Zähne sowie Ihr Zahnfleisch optimal therapieren. Im Rahmen dieses Prophylaxekonzeptes bieten wir Ihnen einen **kostenlosen Erinnerungs-Service (Recall) für Kontroll- und Prophylaxe-Termine an.**

Möchten Sie sich für unseren Recall-Service vormerken lassen? Ja nein

Wenn ja, per:

Brief: _____
 E-Mail: _____

Ich wünsche eine gezielte Beratung über ...

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| Implantate (künstliche Zahnwurzeln) | <input type="radio"/> | Prophylaxe/ Professionelle Zahnreinigung | <input type="radio"/> |
| Biologische Zahnmedizin | <input type="radio"/> | Kinderprophylaxe | <input type="radio"/> |
| Zahnersatz | <input type="radio"/> | Bleaching (Zahnaufhellung) | <input type="radio"/> |
| Laser-Behandlung | <input type="radio"/> | Parodontalbehandlung (Zahnfleischbehandlung) | <input type="radio"/> |
| Amalgamaustausch /-alternativen | <input type="radio"/> | Schöneres Lächeln – Ästhetische Zahnheilkunde | <input type="radio"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="radio"/> | Ich wünsche eine reine Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> |
| Kieferorthopädie | <input type="radio"/> | Fastbraces, Alphasalign (unsichtbare Zahnspange) | <input type="radio"/> |
| Sonstiges | <input type="radio"/> | _____ | <input type="radio"/> |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Telefonbuch: Gelbe Seiten: Internetpräsenz: Internetsuchmaschine:
 Lage der Praxis: auf Empfehlung von: _____

Unsere Praxis beauftragt eine zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft mit der Erstellung und dem Einzug Ihrer Privatrechnung für Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Im Rahmen dieser Serviceleistung bieten wir Ihnen die Möglichkeit der kostenfreien sechsmonatigen Ratenzahlung an. Ein weiterer Vorteil für Sie ist, dass wir unseren Verwaltungsaufwand hierdurch reduzieren und dadurch mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Selbstverständlich wird vor dem Erbringen einer solchen „Privat“-Leistung Ihr Einverständnis eingeholt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angabe. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich Änderungen umgehend mitzuteilen.

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Mir ist bewusst, dass im Falle einer kurzfristigen Terminabsage, innerhalb von 24 Stunden vor Terminbeginn, oder durch Versäumen eines Termins meinerseits, eine Ausfallgebühr von 100 € bezahlt werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten /des Erziehungsberechtigten