

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in der Zahnarztpraxis Lechleite!

Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Basisinformation ist wichtig für eine individuelle und risikofreie Behandlung. Bitte scheuen Sie sich nicht, Fragen zu stellen und der Zahnärztin/dem Zahnarzt alles mitzuteilen, was Ihnen wichtig erscheint.

Name:	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist versichert?
Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Vorname:
Straße:	Geburtsdatum:
Ort:	
Telefon privat:	Wer soll die Rechnung erhalten?
Telefon mobil:	Name:
Arbeitgeber (freiwillig):	Vorname:
Telefon Arbeit(freiwillig):	Adresse:
Krankenkasse:	Zusatzversicherung <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Wer hat uns empfohlen (freiwillig)? _____

Bitte auch die nachfolgenden Seiten ausfüllen und abschließend unterschreiben!

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen? Falls Sie mit JA antworten, bitte ergänzende Angaben eintragen und Zutreffendes ankreuzen.

Allergien, wenn ja welche?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Diabetes /Typ/Insulin	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Anfallsleiden (Epilepsie/Parkinson)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
künstliche Gelenke	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
hoher Augendruck (Grüner Star)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Schilddrüsenerkrankung (welche?) <input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Herz-Kreislauf-Erkrankung (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Herzinsuffizienz/-schwäche	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Angina pectoris	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Herzinfarkt	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Herzklappenerkrankung/-ersatz (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<input type="radio"/> niedriger Blutdruck <input type="radio"/> hoher Blutdruck	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Schlaganfall	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Infektionskrankheiten (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Hepatitis = Gelbsucht (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
HIV-Infektion/AIDS	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Raucher	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Alkoholiker (trockener)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> NEIN
Lebererkrankungen (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Magen-Darm-Erkrankungen (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Osteoporose	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Kopf-/Gesichtsschmerz	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Kiefergelenksbeschwerden	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
rheumatische Erkrankungen (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Tumorerkrankungen (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
frühere Operationen (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Sind Sie schwanger? Wenn JA in welcher Woche?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (welche?)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung Name und Anschrift des Arztes:	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Sonstiges:		

Das Gesetz besagt, dass die zahnärztliche Versorgung bei pflichtversicherten Patienten in

„wirtschaftlicher, ausreichender und zweckmäßiger Form“

durchzuführen sei. Über qualitativ hochwertigere zahnmedizinische Behandlungen beraten wir Sie nach Wunsch gerne. Ihre gesetzliche Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten der o.g. Grundversorgung. Gemäß Ihrem Versicherungsstatus bitten wir Privatpatienten, sich im Rahmen ihres individuellen Vertrages der Kostenübernahme zu vergewissern. Rechnungen nach GOZ sind stets unabhängig von der Erstattung Dritter (z. B. Beihilfe) innerhalb 14 Tagen ab Rechnungstellung zu begleichen.

Freiwillige Angaben zur besseren Betreuung

Wünschen Sie darüber informiert zu werden, was an neuer und besserer zahnmedizinischer Versorgung möglich ist?

JA

NEIN

Wünschen Sie über unser Vorsorgeprogramm (Prophylaxe) informiert zu werden?

JA

NEIN

Welche besonderen Leistungsmerkmale unserer Praxis interessieren Sie?

Prophylaxe

Parodontologie

amalgamfreie Versorgung

hochwertiger Zahnersatz

Implantologie

CMD

Freiwillige Angabe der E-Mail Adresse : _____

Ich stimme der Speicherung meiner / unserer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich/ Wir wurde /n darauf hingewiesen, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Bestellpraxis: Hinweis zur Praxisorganisation

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, werden wir die erforderlichen Termine für Sie reservieren und sind am vereinbarten Termin nur für Sie da.

Eine qualitätsorientierte Betreuung und Versorgung ist nur ohne Zeitdruck möglich. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht eingehaltene Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, mit € 50 je angefangener ¼ Stunde berechnen müssen.

Ich bestätige, dass ich dieses Informationsblatt gelesen und den Inhalt verstanden habe. Außerdem hatte ich die Möglichkeit, weitergehende Fragen zu beantworten. Ich versichere, die Fragen sorgfältig beantwortet zu haben.

Datum/Unterschrift Patient(in)/Eltern/Betreuer(in)

Datum/Unterschrift der Zahnärztin/ des Zahnarztes