

Anamnesebogen

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe.

Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Zahnärztin Alexandra Onea & Team

Patient

Herr / Frau / Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Telefon

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Zahlungspflichtiger

= Rechnungsempfänger,
bei volljährig Mitversicherten
der o.g. Patient;
bei Minderjährigen der
gesetzliche Vertreter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

Telefon

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Versicherung

Name der Krankenkasse

Gesetzlich versichert Privat versichert Privat Zusatzversicherung

Basistarif Beihilfeberechtigt

freiwillig versichert Ich wünsche Privatbehandlung (§ 13 Abs. 2 SGB V)
 Ich wünsche GKV-Behandlung

Beruf des

Zahlungspflichtigen

Arbeitgeber

Anschrift des
Arbeitgebers

Straße, Nr.

Ort

Telefon

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem *Bestellsystem* geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, daß Sie, wenn Sie vereinbarten Termin nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen**, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalles einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Für gesetzlich Krankenversicherte Patienten wichtig:

Wird der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt private Rechnungslegung.

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie meiner Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
 - a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 - b) Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen ja nein
 - c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein
ggf. welche? _____
 - d) Blutdruck niedrig normal hoch
ggf. Werte? _____
 - e) Herzinfarkt Schlaganfall Lähmungen
 Herzerkrankung oder Herzinfarkt nein
ggf. wann? _____
 - f) Gelbsucht Leberkrankheiten HIV-Inf. nein
ggf. wann? _____
 - g) Zuckerkrankheit ja nein
 - h) Rheuma ja nein
 - i) Bluterkrankungen nein
 Blutgerinnungsstörungen nein
 - j) Kreislauferkrankung ja nein
 - k) Nierenerkrankung ja nein
 - l) Schilddrüsenerkrankungen ja nein
 - m) Epilepsie ja nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
4. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein
5. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
6. Nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein? ja nein
ggf. welche? _____
7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiß
wenn ja, welche Woche? _____

8. Wünschen Sie ggf. zahnfarbene Füllungen? ja nein
9. Möchten Sie, daß Ihre Zähne lediglich repariert werden? ja nein
10. Gefällt Ihnen die Farbe Ihrer Zähne? ja nein
11. Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? ja nein
12. Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund? ja nein
13. Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich/jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)? ja nein
14. Sonstige Angaben / andere Krankheiten _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift