

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Anamnesebogen

Patient **M** **W** **D**

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsland und -ort _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

E-mailadresse (in Druckbuchstaben) : _____ Beruf _____

Krankenkasse/ private Versicherung _____

gesetzlich Versichert privat Versichert Basistarif

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Hauptversicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Allgemeine Situation	JA	NEIN		JA	NEIN
Hoher/ Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose/ Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente zur künstlichen Blutverdünnung? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/ Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann _____			Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche _____		
Wenn ja, seit wann? _____			Nehmen Sie Antidepressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschnittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Lokalanästhesie aufgetreten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstlicher Gelenkersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, seit wann _____			Wenn ja, welche _____		
Tuberkulose (TBC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie Schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV <input type="radio"/> Hepatitis A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche Woche? _____		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann war die letzte Röntgenuntersuchung Ihrer Zähne?		
Diabetes (HbA1c Wert _____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		

bitte Wenden ►

Hinweise zur Organisation

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Um diese einzuhalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte sagen Sie Ihre Termine spätestens **24 Stunden** vorher ab. Andernfalls müssen wir Ihnen eine **Ausfallgebühr nach geltender Satzung** berechnen.

Hinweis für sozialversicherte Patienten:

Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversicherungskarte eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht wird. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

Hinweis für privatversicherte und Beihilfeberechtigte Patienten:

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte/ Ärzte. Erstgattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiver Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material- u. Laborkosten werden gemäß GOZ§9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte/ Ärzte Herrn Dr. Andreas Söllner und Frau Dr. Laura Mühl von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelten Zahnärzte/ Ärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstige Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Datum und Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter _____

Recall

Ich möchte den „Recall- Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.
Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin per

Email **Brief**

Die Teilnahme an Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum und Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter _____

Lichtbild

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Lichtbild in meiner Patientenakte im Zahnarztprogramm hinterlegt wird.

Dies gilt ausschließlich als zusätzlichen Wiedererkennungswert und vervollständigt meine Unterlagen, zwecks Dokumentationserleichterung.

Mein Lichtbild wird nach Datenschutzrichtlinien nicht an Dritte weitergeleitet.

Datum und Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter _____