

Anamnesebogen

Person: Name _____ Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____ Geb.-Ort: _____ Geb.-Name: _____

Adresse: Straße: _____ Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Kontakt: Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____@_____

Versichertes Mitglied:

Ich bin selbst versichert

Mein Ehemann, Name: _____ Geb.: _____

Meine Ehefrau, Name: _____ Geb.: _____

Kostenerstattung: gesetzlich versichert (GKV) private Zusatzversicherung
 privat versichert (PKV) Beihilfe berechtigt
 sonstige Kostenträger _____

Terminreminderung: Wünschen Sie, in regelmäßigen Abständen an anstehende Vorsorge- oder Prophylaxemaßnahmen, postalisch erinnert zu werden? Ja Nein

Im Falle einer System-Umstellung möchten Sie Ihre Benachrichtigung wie folgt erhalten: Email SMS Brief

Wir bieten qualitative Behandlungen auf der Grundlage modernster medizinischer Erkenntnisse und besitzen zertifizierte Tätigkeitsschwerpunkte in den Bereichen Endodontie, Parodontologie und Implantologie. Über die Jahre haben wir einen großen, zufriedenen und überzeugten Patientenstamm gewinnen können, der unsere Kapazitäten in der Terminplanung bereits über Wochen hinaus erschöpft. Wir bitten daher, um rechtzeitige Terminvereinbarungen 5 bis 8 Wochen im Voraus und appellieren an Ihre Mitarbeit, Termine bei Verhinderung rechtzeitig abzusagen, so können wir diese an Schmerzpatienten weitergeben. Bitte berücksichtigen Sie, dass es trotz dessen an manchen Tagen, aufgrund von Notfallbehandlungen zu Verzögerungen kommen kann. Wir möchten zudem informieren, dass mehrere Behandler gleichzeitig im Einsatz sind und daher das Eintreffen der Patienten nicht zwingend mit der Reihenfolge des Aufrufens übereinstimmt. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit und teilen uns regelmäßig in den Patientenfragebögen mit, wie Sie unsere Zahnarztpraxis bewerten. So können wir unser Angebot auf Sie abstimmen und Ihre Wünsche in unseren Teamsitzungen besprechen.

Bitte beantworten Sie folgende Gesundheitsfragen, damit wir Sie adäquat und risikofrei behandeln können. Ihre Angaben werden gemäß der ärztlichen Schweigepflicht vertraut behandelt.

Allgemein:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
 Welche? _____

Gibt es einen Medikationsplan? Ja, bitte vorlegen! Nein

Herz:

Besteht eine Herzerkrankung? Ja Nein
 Welche? _____

Besitzen Sie einen Herzpass? Ja, bitte vorlegen! Nein

Ist eine Endokarditisprophylaxe erforderlich? Ja Nein

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?: Marcumar Xarelto ASS Nein

Weiter auf der Rückseite!

Anamnesebogen

Allergien:

- Besteht eine Medikamentenallergie? Ja Nein
 Welche? _____
- Besteht eine Materialunverträglichkeit? Ja Nein
 Welche? _____
- Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja, bitte vorlegen! Nein

Stoffwechsel:

- Haben Sie Diabetes? Ja Nein
 Benötigen Sie regelmäßig Insulin? Ja Nein
 Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein
 Besteht eine Magen- Darmerkrankung? Ja Nein

Nervensystem:

- Besteht eine Erkrankung des Nervensystems? Ja Nein
 Welche? _____

Knochen- oder Krebserkrankung:

- Besteht/ Bestand bei Ihnen eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? Osteoporose Brustkrebs Prostatakrebs
 Wurde diese mit einem der folgenden Medikamente behandelt? Risedronat Bisphosphonat Nein
 Die Behandlung damit ist? aktuell abgeschlossen seit _____

Infektionskrankheiten:

- Besteht eine Hepatitis? Ja, A B C Nein
 Welchen Status hat Ihre Hep.-Infektion? akut chronisch ausgeheilt
 Sind Sie HIV positiv? Ja Nein
 Sind Sie Träger des MRSA-Keimes? (Krankenhauskeim) Ja Nein
 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu MRSA-Trägern? Ja Nein
 Haben Sie Tuberkulose? Ja Nein
 Sonstige? _____

Suchtkrankheiten:

- Sind Sie drogenabhängig? Ja Nein
 Sind Sie alkoholabhängig? Ja Nein

Die Termine für Patienten mit Infektions- oder Suchtkrankheiten liegen ausschließlich am Sprechstundenende, da wir nach Auflage des Robert-Koch-Institutes das Behandlungszimmer grundreinigen müssen, um uns und nachfolgende Patienten vor einer möglichen Ansteckung zu schützen. Dies würde den Sprechstundenablauf am Tage erheblich verzögern. Wir bitten Sie daher, uns bei einer Terminvereinbarung auf Ihre Erkrankung hinzuweisen und bedanken uns für Ihr Mitwirken.

Zähne/ Nur von Neupatienten auszufüllen:

- Ihr bisheriger Zahnarzt heißt? Name: _____ Ort: _____
 Wurden Sie dort in den letzten 2 Jahren geröntgt? Ja Nein
 Liegt ein Bonusheft vor? Ja, bitte vorlegen! Nein
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Werbung Branchenverzeichnis
 Praxisschild Empfehlung

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____