

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Lächeln und Ihre Zahngesundheit anvertrauen.

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Angaben zu Ihrer Person

m w

Name, Vorname	Geb. Datum	Geb. Ort
Straße	PLZ, Ort	
Tel. privat	Mobil	
E-Mail	Telefon dienstl.	
Arbeitgeber	Beruf	

Wie sind Sie versichert?

gesetzlich privat zusatzversichert

Name der Krankenkasse Welche Zusatzversicherung?

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name, Vorname Geb. Datum Geb. Ort

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

Wer ist Ihr Hausarzt (Name, Adresse)?

Bei welchen Fachärzten sind Sie zurzeit in Behandlung (Name, Adresse)?

Wurden bereits Röntgenbilder der Zähne und / oder des Kopfes angefertigt? Ja Nein
Wenn ja, wann und von wem wurden die Röntgenaufnahmen angefertigt?

2. Was ist der Grund Ihres Besuches?

<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung	<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
<input type="checkbox"/> Migräne / Kopf- & Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Kiefergelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Knirschen
<input type="checkbox"/> Beratungsbedarf Zahnersatz	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

3. Allgemeine Gesundheitsfragen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Bei Materialien? Ja Nein

Sonstige Allergien? Bei bestimmten Arzneimitteln? Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Wenn ja, welche? Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, ASS ...) Ja Nein

Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

Infektionskrankheiten? Ja Nein

HIV Tuberkulose Hepatitis A B C

Lebererkrankung? Ja Nein

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein

Diabetes? Ja Nein

Asthma oder Lungenerkrankung? Ja Nein

Bluterkrankung/-gerinnungsstörung? Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie)? Ja Nein

Krebserkrankung? Ja Nein

Sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt immer gut vertragen? Ja Nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____ Ja Nein

4. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von _____ Internetseite Google Telefonbuch

Sonstiges Überweisung von _____

Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein

per Telefon per Brief per E-Mail

Möchten Sie über außerhalb der kassenzahnärztlichen Versorgung liegende Möglichkeiten aufgeklärt und informiert werden? Ja Nein

5. Aufklärung

Ich habe diesen Fragebogen mit bestem Gewissen ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen, da ansonsten die durch das Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

6. Datenschutz

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis smilident zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis smilident widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten