



Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Mitglied/Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Anschrift: PLZ _____ Ort _____

 Straße/Nr. _____ E-Mail _____

 Telefon _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz			Augen		
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grauer Star/Katarakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Grüner Star/Glaukom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atmungswege/Lunge		
Rhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bypassoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magen-Darm-Trakt		
Schrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:			Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufs			Blase/Nieren		
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blasenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leber		
Blut			Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein, wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Bitte wenden!



Ja | Nein

Ja | Nein

Bewegungsapparat

Rheuma

rheumatoide Arthritis

Gicht

Zentrales Nervensystem

epileptische Anfälle

Stoffwechsel

Diabetes

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:

Haut und /oder Geschlechtskrankheiten

HIV beziehungsweise AIDS, Tuberkulose

Tumorerkrankungen
(Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate)

Sonstige medizinisch wichtigen Informationen:

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden,
oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

Haben Sie eine andere, hier nicht
aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol
oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente
oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?

Besitze Sie einen Allergiepass? Wenn ja, gegen
welche Stoffe sind Sie allergisch?

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach
zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?

Sind Sie zur Zeit schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen?

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?
(Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen
Kontrolltermine erinnert werden?

Die zahnärztliche Anästhesie als besonders bewährte Form der lokalen Schmerzausschaltung birgt in ganz seltenen Fällen die Komplikation der temporären oder permanenten Nerv- und Gefäßschädigung.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung an die Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honorarforderung.

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)