

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Verschiedene Erkrankungen können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an unser Team. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name:	_____	mitversichert bei:	
Vorname:	_____	Name:	_____
Geburtsdatum:	_____	Vorname:	_____
Adresse:	_____	Geburtsdatum:	_____

Tel. Privat:	_____		
Beruf:	_____		
Mailadresse	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?	
Arbeitgeber, Ort	_____	Name:	_____
	_____	Adresse:	_____
Krankenkasse:	_____		_____

pflichtversichert: Ja Nein
 Zusatzversicherung/ Beihilfe Ja Nein

Ich komme wegen:

Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	Zahnlockerung	<input type="checkbox"/>
Kontrolle	<input type="checkbox"/>	Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>
Geräusche/Schmerzen im Kiefergelenk	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>		

Wer ist Ihr Hausarzt ?

Name _____ Adresse: _____

Einwilligung zur Kontaktaufnahme/ Recall? Ja Nein

Die Kontaktaufnahme würde per Mail, Telefon oder per Post erfolgen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? Z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate, ...?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Ja Nein

Haben Sie Infektionskrankheiten wie HIV, Creutzfeldt-Jakob

oder deren Variante MRSA?

Haben Sie Gerinnungsstörungen?

Bitte Blatt wenden!

	Ja	Nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hepatitis B, C oder eine andere ansteckende Viruserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie grünen Star?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Epileptiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an einer der folgenden Allergien bzw. Unverträglichkeiten?	Ja	Nein
Lokalanästhetika/Spritzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika (u.a. Penicillin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass/Endokarditispass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Interesse an einem Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
Sollte sich etwas an diesen Angaben ändern teile ich dies unverzüglich der Praxis mit!

Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir um telefonische Absage, spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin! Ansonsten behalten wir uns vor die Ausfallzeit in Rechnung zu stellen!

Datum

Unterschrift

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc. ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar, und entsprechen den aktuellen Datenschutzrichtlinien. Ich bestätige hiermit dies zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum

Unterschrift