

Anamnesebogen (Anmeldung)

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben.

Name: _____ Geb.-Dat.: _____
Vorname: _____ Hausarzt: _____
Straße: _____ Selbstversichert:
PLZ & Ort: _____ Versichert über: Ehemann Ehefrau
_____ Vater Mutter
Telefon: _____ Name Versicherter: _____
Beruf: _____ Versicherung: _____

Bitte helfen Sie uns, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können. Um gesundheitliche Risiken zu vermeiden, ist es wichtig, dass Sie alle folgenden Fragen gewissenhaft beantworten.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien/ Unverträglichkeiten (z.B. Lokalanästhetika, Schmerzmittel, Antibiotika)
Wenn ja, auf: _____ | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Bluthochdruck<input type="radio"/> Niedriger Blutdruck<input type="radio"/> Herzinfarkt<input type="radio"/> Rhythmusstörungen<input type="radio"/> Schrittmacher<input type="radio"/> Herzklappenfehler/ -ersatz | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Hepatitis<input type="radio"/> HIV | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft, falls ja, in der _____ Woche |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Überfunktion<input type="radio"/> Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Frühere Operationen

_____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

_____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Haben Sie besonders Angst vor zahnärztlichen Behandlungen? |
| | <input type="checkbox"/> Wünschen Sie eine Behandlung in lokaler Betäubung („Spritze“)? |

Was ist der Grund Ihres heutigen Besuches? (Schmerzen, Kontrolle, Beratung etc.)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?
(Zufall; Nähe zu Wohnung/Arbeit; Empfehlung von anderen Patienten etc.)

Nicht alle medizinisch sinnvollen Leistungen werden von den gesetzlichen Versicherungen getragen (z.B. professionelle Reinigung statt einfacher Zahnsteinentfernung, Kunststofffüllungen, Keramikfüllungen statt Amalgam, Implantate statt herausnehmbarer Zahnersatz etc.)

Wünschen Sie über unser Mundgesundheitsprogramm (professionelle Zahnreinigung) informiert werden? Ja Nein
Möchten Sie von uns an Ihre Vorsorgetermine (Recall) erinnert werden? Ja Nein

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie darauf hinweisen, dass Sie nach einer Behandlung in lokaler Betäubung kein Fahrzeug führen dürfen.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren (z.B. geänderte Medikation, Blutverdünner etc.).

Datum

Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten.
Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht.