



ANAMNESEBOGEN

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis.**

Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. *Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.*

PATIENTENDATEN

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum und Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Beruf

Telefon (Arbeitsplatz)

Hausarzt, Ort

Name der Krankenkasse/ -versicherung

Gesetzlich versichert

Zahnzusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Basistarif

HAUPTVERSICHERTE PERSON/ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R/RECHNUNGSADRESSE

Identisch

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Beruf

E-Mail

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R (falls abweichend von hauptvers. Person/Zahlungspflichtige/r)

Name, Vorname

Telefon

PERSÖNLICHE GESUNDHEITSANGABEN

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche _____		
Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein (z.B. Marcumar®, ASS®, Xarelto®, Pradaxa®)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Haben Sie eine Augenerkrankung (grüner Star / grauer Star)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wurde jemals eine Herz-Kreislauf-Erkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Hatten Sie jemals eine Nieren- oder Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Liegt eine schwere Infektion vor (HIV, TBC, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter hohem oder niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurden oder werden Sie wegen Osteoporose behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall (Krampfanfall)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Diabetes (Typ 1 oder 2)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sonstige Erkrankungen?	_____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wurde bei Ihnen bereits eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sind Sie mit Ihren Frontzähnen und Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind sie an einem Prophylaxeprogramm interessiert (z.B. professionelle Zahnreinigung)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie sind Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam geworden?	_____ _____
Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäule)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie Erkrankungen/Verletzungen/Operationen im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Welche _____ _____		

UNSER SERVICE FÜR SIE

Wie können wir Sie am besten an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnern, um erneute Erkrankungen zu vermeiden? (Recall)

- per E-Mail per Post per SMS keine Erinnerung

DIE PRAXIS DR. DOROTHÉE JARLETON MÖCHTE IHNEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE INFORMATIONEN GEBEN:

Gesetzlich Versicherte Patienten: Wir bitten darum, uns rechtzeitig bei einem Quartalswechsel Ihre Krankenkassenkarte vorzulegen, ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie eine Privatbehandlung wünschen.

Ausfallhonorar: Die mit Ihnen vereinbarten Termine sind Fixtermine, wird ein Termin kurzfristig abgesagt, so kann er in der Regel nicht neu vergeben werden. Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage, so werden wir Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 120 Euro je ausgefallene Behandlungsstunde in Rechnung stellen (§615 Satz 1 BGB). Bitte halten Sie daher Ihren Termin ein. Bei einer rechtzeitigen Terminabsage von (24 Stunden) oder bei unverschuldeter Nichteinhaltung entstehen Ihnen keine Kosten.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu. Bitte teilen Sie uns Änderungen schnellstmöglich mit.