



Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben. Um Ihre Behandlung so komplikationslos wie möglich durchführen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Füllen Sie zu diesem Zweck den Anamnesebogen gewissenhaft aus, da allgemeine Erkrankungen und Medikamente Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Patient

Name, Vorname	Geb.-Datum	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Geschäftlich	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hausarzt	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Krankenkasse | Versicherung

Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zusatzversichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Privat versichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sind Patient und Versicherter/Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen.

Name, Vorname (Versicherter/Zahlungspflichtiger)	Geb.-Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dürfen wir Sie an Ihren Kontrolltermin bei uns erinnern?

Ja, gerne per Postkarte SMS Telefon E-Mail Nein

Gesundheitssituation

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung/im Krankenhaus? Ja Nein

Wenn Ja, weshalb?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Wurden Sie jemals oder werden Sie behandelt mit ...

Bisphosphonaten (z. B. Aredia®, Bonefos®, Fosamax®, Ostac®, Zometa® usw.) Ja Nein

Antikoagulantien (Blutverdünner wie z. B. ASS 100, Marcumar®, Plavix®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®) Ja Nein

Allergie/Unverträglichkeit (z. B. Penicillin, Metalle) Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Herz-/Kreislaufkrankungen

Herzschwäche (<i>Insuffizienz</i>)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Besitzen Sie einen Herzpass? / Endokarditisprophylaxe-Pass?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Weiteres

Blutzuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung (Über-/Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(z. B. <i>Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose</i>)		
Blutungsneigung (<i>Hämophilie</i>)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn Ja, welche?	<input type="text"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Glaukom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung/Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tumorerkrankung/Krebsleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Wenn Ja, welche?	<input type="text"/>				

Wichtige Informationen für Sie

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das bedeutet, dass Ihr Termin ausschließlich für Sie reserviert ist. Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn **mindestens 24 Stunden** vorher ab. So haben wir die Möglichkeit, diesen Termin anderen Patienten/Patientinnen anzubieten. **Andernfalls müssen wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen.** Ausnahmen hierfür sind Krankheit oder höhere Gewalt. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Zur Verkehrstüchtigkeit: Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden **Veränderungen** zu informieren.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger / Erziehungsberechtigter