

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

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

Wir, das Team der Praxis Dr. Heiland, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikoarme Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PATIENTENDATEN

Name _____ Titel _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Str. / Hausnummer _____ PLZ / Ort _____
 Telefon _____ Mobilnummer _____
 E-Mail _____ Hausarzt _____

WIE SIND SIE VERSICHERT? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesetzlich Privat Beihilfeber. Privat m. Basistarif

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

VERSICHERTER (wenn abweichend von Patientendaten)

Name _____ Vorname _____
 Str. / Hausnummer _____ PLZ / Ort _____
 Geburtsdatum _____ Telefon _____

Die elektronische Gesundheitskarte bzw. einen Versicherungsnachweis meiner Krankenkasse habe ich der Zahnarztpraxis für diese Behandlung nicht vorgelegt. Ich bin verpflichtet, innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach Inanspruchnahme der Behandlung, eine elektronische Gesundheitskarte oder einen schriftlichen Versicherungsnachweis meiner Krankenkasse nachzureichen. Ohne gültigen Versicherungsnachweis ist die Zahnarztpraxis berechtigt, mich als Privatpatienten zu behandeln und mir eine Rechnung nach der GOZ zu stellen.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT (zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- Asthma Allergien Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie einen Allergiepass? Diabetes (Typ1 / Typ2 ?) Epilepsie
- Herzfehler / künstl. Herzklappe Herzschrittmacher Herzinfarkt
- Hoher Blutdruck Niedriger/Hoher Blutdruck Nieren
- Ohrensausen / Tinnitus Grüner Star (Glaukom) Grauer Star
- Schilddrüse Rheumatische Erkrankungen Leber
- Magen-Darm-Trakt Tumorerkrankung, Bestrahlung Osteoporose
- Schlaganfall Verlängerte Blutungszeit nach Verletzungen
- Anfallsleiden / Krampfanfälle Bisphosphonate
- Unfälle im Kopf / Hals Bereich Wird bei Ihnen eine Endokarditisprophylaxe empfohlen?
- Lungenerkrankung/COPD Nehmen Sie regelmäßig Drogen/Alkohol?

LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFektionsKRANKHEITEN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Hepatitis A B C HIV / AIDS Tuberkulose
- Krankenhauskeime (z.B. MRSA etc.) Creutzfeldt-Jakob (CJK) /Varianten CJK

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Blutdruckmedikamente _____ Herzmedikamente _____
- Cortison (Kortikoide) _____ Schmerzmittel _____
- Blutverdünnende Mittel _____ Antidepressiva _____
- Bisphosphonate / Denosumab _____

Sonstige Medikamente? _____

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? _____

ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Was führt Sie zu uns? _____

- Leiden Sie unter Zahnschmerzen? Blutet Ihr Zahnfleisch?
- Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Leiden Sie unter Mundgeruch? Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung?

Sonstiges _____

SONSTIGE ANGABEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____
- Schnarchen Sie? Wann war Ihre letzte Röntgen Untersuchung im Bereich der Zähne? _____
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Jameda Google Empfehlung (durch wen?) _____

Wünschen Sie insbesondere über unser Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

- Ja Nein

Möchten Sie, dass wir Sie regelmäßig an ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnern (Recall)?

- Ja Nein

WICHTIGE HINWEISE

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommene Termine die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen (§ 615 BGB).

Ort / Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit.
Ihr Praxisteam Dr. Heiland