



Anmeldebogen mit Anamnese

Patient

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
Straße: _____ Wohnort: _____
Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherter

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
Adresse (nur wenn von oben abweichend): _____

Krankenkasse gesetzlich: _____
pflichtversichert: ja Bonusheft

Zusatzversicherung: ja Name Vers.: _____

Krankenkasse privat: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt: ja Basistarif bzw. Standardtarif: ja

Sie kommen zu uns über: Internet Gelbe Seiten Freunde oder Bekannte

Wer hat uns empfohlen? _____

Was ist der Grund Ihres Besuches (Mehrfachwahl möglich)?

Vorsorge Beratung Zahnfleischprobleme Schmerzbehandlung

Kiefergelenksbeschwerden Zahnersatz Implantate Zweitmeinung

Wer ist / war der Vorbehandler / Hauszahnarzt? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____ Weshalb: _____

Wurden Sie an den Zähnen geröntgt? ja nein Wenn ja, wann? _____

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Anamnese

Bitte beantworten Sie die Ihnen gestellten Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich.

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?

	ja	nein
Herz-Kreislaufkrankungen		
Schlaganfall		
Herzinfarkt		
Herzasthma (Angina pectoris)		
Herzschrittmacher, Klappenersatz		
Zu hoher / niedriger Blutdruck		
Ohnmachtsanfälle		
Augenerkrankung (grüner Star)		
Stoffwechselerkrankungen		
Osteoporose		
Diabetes		
- kennen Sie Ihren HbA1c-Wert? ggf. bitte eintragen:		
Schilddrüsenerkrankung		
Magen-Darm-Erkrankung		
Bluterkrankungen		
Blutarmut (Anämie)		
Gerinnungsstörung		

	ja	nein
Infektionserkrankungen		
HIV		
Hepatitis		
Tuberkulose		
Erkrankung des Nervensyst.		
Epilepsie/ Krämpfe		
Migräne		
Atemwegserkrankungen		
Asthma		
COPD		
Sind sie Raucher?		
Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag:		
Krebserkrankung		
- Wenn ja, welche Therapie		
Gelenkprothese		
- Wenn ja, wo und seit wann?		

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente aus den folgenden Bereichen ein?

Blutverdünnende Medikamente, wenn ja, welche? _____

Knochenstärkungsmittel / Bisphosphonate, wenn ja, welche? _____

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien, wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

ja nein

Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? ja nein

Mein **Hausarzt** ist: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Ist es jemals zu einer Komplikation während einer zahnärztlichen Behandlung gekommen?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie für Ihre Behandlung einen speziellen Wunsch (z. B. örtliche Betäubung)?

Ihre Angabe unterliegen neben der Schweigepflicht den Datenschutzregelungen nach Art.13 DSGVO, die von uns zu Ihrer Einsicht bereitgehalten werden. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Speicherung Ihrer persönlichen Daten zu.

Um ihre Behandlung in Ruhe, ganz ohne Druck, zu einem festen Zeitpunkt innerhalb eines vereinbarten Rahmens durchführen zu können, wird unsere Praxis nach Bestellsystem geführt.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass trotz eines organisierten Bestellsystems Wartezeiten im Einzelfall manchmal nicht zu vermeiden sind.

Sie können den Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie 48 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr nach geltendem Satz zu berechnen.

Bei bestimmten Leistungen können von Ihrer Seite Zuzahlungen notwendig werden (z. B. Komposite-Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen, Bakterientest). Wir versuchen Sie in diesen Fällen immer entsprechend aufzuklären. Wie allgemein üblich berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenähnlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der GOZ.

Hat der/die Patient/in das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer bei akuten Schmerzen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten zwingend notwendig.

Wir bitten Sie, uns umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

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

Mellrichstadt, den _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter