

ANAMNESEBOGEN

Dr. Charlotte Stähler

Schönbergstr. 1a
D-79194 Gundelfingen



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam Dr. Charlotte Stähler

Persönliches

Name/Vorname _____ Geb.-Datum _____

Geb.-Ort _____ PLZ / Ort _____

Straße _____ Tel. privat* _____

Tel. Arbeit* _____ Tel. mobil* _____

E-Mail* _____ Beruf* / Arbeitgeber* _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenkasse _____ zusatzversichert

Private Krankenkasse _____ vollversichert Standardtarif (1,7fach)

Wenn Sie nicht selbst Krankenkassenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname _____ Geb.-Ort _____ Geb.-Dat. _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Befinden Sie sich z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein

Hausarzt / Facharzt _____ Tel. _____

Unser Service: Möchten Sie von uns an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?

Aus organisatorischen Gründen nur noch per E-Mail möglich!

ja nein halbjährlich jährlich Bitte E-Mail-Adresse oben angeben

Hinweis zur Organisation:

Wir bitten Sie Termine rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) abzusagen. Wir sind eine Terminpraxis und behalten uns vor, reservierte nicht abgesagte Termine in Rechnung zu stellen

* freiwillige Angabe

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION: leiden Sie an folgender/n Erkrankungen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufkrankungen:

- hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler/Ersatz ja nein
Herzschrötmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Nierenerkrankung

- ja nein

Schilddrüsenkrankung

- ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

- ja nein

Asthma/Lungenerkrankungen

- ja nein

Blutgerinnungsstörungen

- ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit

- ja nein

Drogenabhängigkeit

- ja nein

Nervenerkrankung

- ja nein

Ohnmachtsanfälle

- ja nein

Osteoporoseerkrankung

- ja nein

Raucher

- ja nein

Rheuma/Arthritis

- ja nein

Sonstige Erkrankungen:

Infektiöse Erkrankungen:

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Infektionskrankheiten (z.B. MRSA) ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Latexallergie ja nein
Antibiotika/Penicillin/Jod ja nein
Schmerzmittel ja nein

Metalle: _____

Andere Substanzen: _____

Besteht eine Schwangerschaft?

- ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Existieren zahnärztliche Röntgenaufnahmen?

Wenn ja, von wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit?

seit wann _____

Nehmen sie Blutverdünner?

- ja nein

seit _____

Nehmen Sie Bisphosphonate/Chemotherapie?

- ja nein

seit _____

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

- ja nein

seit _____

Nehmen Sie hochdosierte Steroide / Immunsuppressiva?

- ja nein

seit _____

Wurden bei ihnen größere Operationen durchgeführt?

- ja nein

seit _____

MUNDGESUNDHEITSSITUATION

Tragen Sie Zahnersatz? Kronen/Brücken?
Teil/Prothesen?

- ja nein

Alter _____

- ja nein

Alter _____

- ja nein

Alter _____

Implantate

Zahnfleischprobleme? (Bluten-Rückgang-Schmerzen)

- ja nein

Knirschen/Pressen mit den Zähnen?

- ja nein

Schmerzen Kiefergelenk?

- ja nein

Tragen Sie nachts eine Schiene?

- ja nein

Haben Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung erhalten?

- ja nein

In welchen Abständen wurden Ihre Zähne bisher professionell gereinigt?

- ½ jährlich jährlich

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Hinweise:

Sehr geehrte Patienten,

wir bemühen uns in Ihrem Sinne eine gut organisierte Bestellpraxis durchzuführen. Dazu gehört u.a. das Einhalten der vereinbarten Termine. Kein Patient möchte gerne seine Zeit unnötig im Wartezimmer verbringen. Nicht nur ärgerlich für alle Betroffenen, sondern auch mit wirtschaftlichen Folgen verbunden sind Termine, die überhaupt nicht wahrgenommen wurden. Wie in jeder Praxis laufen auch dann die Betriebskosten weiter. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24 Stunden vorher) müssen deshalb in Rechnung gestellt werden. Wir bitten eine gültige Versicherungskarte oder einen gültigen Krankenschein bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorzulegen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass nach Ablauf dieser Frist die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt werden.

Datenschutz:

Sehr geehrte Patienten, Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten hängen in unserem Wartezimmer aus. Gerne können Sie uns aber auch persönlich ansprechen.

Datum u. Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)