

# Anamnesebogen 2018 (Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte)

**Herzlich willkommen in unserer Praxis, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,**

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Bevor wir uns in Ruhe über Behandlung unterhalten, benötigen wir ein paar Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Telefon dienst.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber : \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Hauptversicherer: \_\_\_\_\_

- gesetzliche Krankenkasse
- Private Krankenkasse
  - o Standard
  - o Basistarif
  - o Vollversichert
  - o Beihilfe

**Um unsere Behandlung bei Bedarf mit Ihrem Hausarzt/Zahnarzt abzustimmen, benötigen wir dessen vollständigen Name und Anschrift.**

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

## Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch bei uns in der Praxis. Liegt diese uns auch innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und somit erhalten Sie von uns eine Rechnung nach der GOZ.

## Bestellpraxis: Hinweise zur Organisation

Um Ihnen unnötige Wartezeit zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie vereinbarte Termine, **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, falls Sie verhindert sein sollten. Falls Sie uns nicht persönlich erreichen sollten, haben Sie die Möglichkeit, uns eine Nachricht auf unseren Anrufbeantworter zu hinterlassen. Wir sind berechtigt, die nichteingehaltenen Termine nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bitte bedenken Sie, dass Schmerzpatienten in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es vereinzelt zu Zeitverzögerungen kommen, die wir Ihnen rechtzeitig mitteilen.

Wünschen Sie über unser Prophylaxeprogramm informiert werden?  Ja  Nein

Wünschen Sie an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?  Ja  Nein

## Zur besonderen Beachtung

Anästhesiemittel (Injektionen) können Ihre Fahrtüchtigkeit grundsätzlich beeinträchtigen.

Bitte stellen Sie sich bei Ihrem Behandlungstermin darauf ein.

Wir weisen sie ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

**Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Leinefelde, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vertreter/in



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

Herz-/ Kreislaufkrankungen

Herzschrittmacher  Ja  Nein      Künstliche Herzklappe  Ja  Nein  
Herzinfarkt  Ja  Nein      Wann: \_\_\_\_\_  
Hoher Blutdruck  Ja  Nein      Niedriger Blutdruck  Ja  Nein

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten

HIV  Ja  Nein      Tuberkulose  Ja  Nein  
Hepatitis (Gelbsucht):  Ja  Nein      Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Nervensystems

Epilepsie  Ja  Nein      Krämpfe  Ja  Nein  
Psychosomatische Erkrankungen ?  Ja  Nein      Ohnmachtsanfälle?  Ja  Nein  
Depressionen:  Ja  Nein      Sonstiges: \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes  Ja  Nein      Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein  
Lebererkrankung  Ja  Nein      Osteoporose  Ja  Nein  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Weitere Erkrankungen

Rheuma  Ja  Nein  
Blutgerinnungsstörung  Ja  Nein  
Erkrankungen der Atemwege  Ja  Nein      Welche: \_\_\_\_\_  
Nierenerkrankungen  Ja  Nein      Welche: \_\_\_\_\_  
Magen- Darm- Erkrankungen  Ja  Nein      Welche: \_\_\_\_\_  
Tumorerkrankungen  Ja  Nein      Welche: \_\_\_\_\_  
Tumoroperationen  Ja  Nein      Welche: \_\_\_\_\_  
Falls Ja, mit Bisphosphonat- Therapie  Ja  Nein  
(bei Knochen- und Calciumstoffwechselkrankheiten)

Allergien / Unverträglichkeiten

Medikamentenunverträglichkeit  Ja  Nein      Welche: \_\_\_\_\_  
Allergien (z.B. Latex, Penicillin, usw.)  Ja  Nein      Welche: \_\_\_\_\_

Suchterkrankungen

Rauchen Sie?  Ja  Nein      Drogenkonsum  Ja  Nein  
Alkoholenuss  Ja  Nein      Wenn Ja,  selten  oft  regelmäßig

Regelmäßige Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein      wenn JA ,welcher Monat? \_\_\_\_\_

Röntgen

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-Kiefer-Mundbereich geröntgt?  Ja  Nein  
Falls Ja, Wann: \_\_\_\_\_

**Ich versichere, meine Angaben vollständig und nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Leinefelde, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
Zahlungspflichtiger/ gesetzlicher Vertreter/in