

ANAMNESEBOGEN



1. Persönliches

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
Straße/Nr. _____ PLZ _____ Ort _____
Telefon Festnetz _____ Telefon Mobil _____ Telefon Arbeit _____
Beruf _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter (Name, Geburtsdatum)? _____

2. Allgemeine Situation

Bemerkung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Falls ja, welche

(z.B. Blutverdünner: **ASS, Marcumar, Bisphosphonate**) () ja () nein _____

Haben Sie Allergien? () ja () nein _____

Falls ja, welche?

Herzerkrankungen/Herzrhythmusstörung () ja () nein _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher/Herzklappenersatz () ja () nein _____

Haben Sie Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV) () ja () nein _____

Rheuma () ja () nein _____

Asthma () ja () nein _____

Diabetes () ja () nein _____

Epilepsie () ja () nein _____

Schilddrüsenerkrankung () ja () nein _____

Glaukom () ja () nein _____

Osteoporose () ja () nein _____

Tumorerkrankungen () ja () nein _____

Magen-Darm-Erkrankung () ja () nein _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? () ja () nein _____

Drogenkonsum/ regelmäßiger Alkoholkonsum? () ja () nein _____

Besteht eine Schwangerschaft? () ja () nein _____

Blutdruck () niedrig () normal () hoch

Wer ist ihr Hausarzt? _____

Sonstiges _____

4. Zahn-Mund-Situation

			Bemerkung
Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Knackt oder knirscht ihr Kiefergelenk beim Kauen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Haben Sie Kopf-oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wurde schon einmal eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wurden im letzten Jahr Röntgenaufnahmen gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Bei welchem Zahnarzt waren Sie zuletzt?	_____		
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung?	_____		

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in dieser Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt.

Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitige (d.h. möglichst 24 Std. vorher) abzusagen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absagen können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr anbieten.

Ausfallzeiten dürfen und können nach §615 Satz BGB §287 ZPO berechnet werden.

Erhalten Sie wegen Beschwerden/ Schmerzen einen Notfalltermin, so müssen Sie aus organisatorischen Gründen mit Wartezeit rechnen.

Ist für die Behandlung eine Anästhesie notwendig, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass es dadurch zu einer verminderten Reaktionszeit im Straßenverkehr kommen kann und empfehlen deshalb 24h nach Lokalanästhesie kein Fahrzeug zu steuern.

Datenschutzerklärung:

Ich gebe mein Einverständnis zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde wie Röntgenaufnahmen und Fotografien und Abdrücke der Kiefer, soweit dies im Rahmen der Behandlung erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass Behandlungsunterlagen und Befunde anderen, an meiner Behandlung beteiligten Personen (Zahnärzte, Ärzte, Logopäden, Physiotherapeuten,...) zur Verfügung gestellt und auf postalischem oder elektronischem Wege (verschlüsselt, unverschlüsselt) mit meinen weiteren Behandlern ausgetauscht werden können. Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2).

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)