

ANAMNESEBOGEN (1) PATIENTENDATEN

Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte teilen Sie uns ggf. Änderungen mit!

Patient/-in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Geburtsort
PLZ	Ort	
Telefon*	Mobil*	E-Mail*
Beruf	Arbeitgeber	
Anschrift des Arbeitgebers		Telefon am Arbeitsplatz*

Versicherte/r, Mitglied bzw. Erziehungsberechtigte/r

Name	Vorname	Geburtsdatum
ggf. abweichende Anschrift des/der Versicherten		

Versicherungsstatus

Name der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Versicherung
Ich bin <input type="radio"/> pflichtversichert <input type="radio"/> freiwillig versichert <input type="radio"/> privat zusatzversichert <input type="radio"/> privat versichert
<input type="radio"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*

<input type="radio"/> Durch Empfehlung von:
<input type="radio"/> Internetportal: <input type="radio"/> google/googlemaps <input type="radio"/> Telefonbuch <input type="radio"/> Praxisschild <input type="radio"/> Sonstiges:

Erste Fragen zu Ihrer Zahngesundheit

Blutet das Zahnfleisch beim Zähneputzen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> manchmal	Knirschen Sie nachts mit den Zähne? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> weiß ich nicht
Haben Sie ein Bonusheft? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Wann war die letzte professionelle Zahnreinigung? ca.

Weitere Hinweise zum Ablauf in unserer Praxis

Wir bieten Ihnen den Service einer Bestellpraxis. Das heißt für Sie: i. d. R. keine Wartezeit. Das heißt aber auch: an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie Ihren Termin nicht einhalten können, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (24 Stunden vorher) telefonisch unter Telefon **069 21006858**. Ausfallzeiten können nach §§ 611, 615 BGB in Rechnung gestellt werden. Wir behalten uns vor, von unserem Recht Gebrauch zu machen, nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu berechnen.

Einwilligung zum Recall

Ich möchte an Ihrem Recall-Service per E-Mail / SMS teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Zustimmung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Frankfurt, den

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Einwilligung in Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Alle Angaben wie auch die Gesundheitsfragen unterliegen der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit. Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und werden nur zur Kommunikation im Rahmen der Behandlung genutzt.

Frankfurt, den

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Bitte wenden!

ANAMNESEBOGEN (2) GESUNDHEITSPRAGEN

Zur sicheren Behandlung benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten Sie sie. Bei Fragen helfen Ihnen gern.

Herz / Kreislauf	ja	nein
Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Rhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lunge / Atemwege	ja	nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leber	ja	nein
Leberinsuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nieren	ja	nein
Dialysepflicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stoffwechsel-/Zuckerkrankheit	ja	nein
Diabetes mellitus Typ I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Immunschwäche	ja	nein
Organtransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tumorerkrankung	ja	nein
Haben / hatten Sie Krebs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Art?		

Gehirn, Nerven und Gemüt	ja	nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherap. Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bluterkrankungen	ja	nein
Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie gerinnungs- hemmende Medikamente (z. B. Aspirin, ASS, Marcumar, Xarelto, Clopidogrel)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unverträglichkeiten (Allergien)	ja	nein
Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnärztliche Betäubung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex (z. B. Luftballons)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Allergien?		

MRSA	ja	nein
Infektion mit Krankenhauskeim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muskeln / Knochen / Gelenke	ja	nein
Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekommen Sie Medikamente gegen Knochenabbau (z.B. Bis- phosphonate)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welchem Zeitraum?		
Mit welchem Präparat?		
Wegen welcher Erkrankung?		

Suchtkrankheiten	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie trockener Alkoholiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Röntgen / CT	ja	nein
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mund / Kiefer / Gesicht	ja	nein
Unfallverletzungen im Gesichtsbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schlafstörungen	ja	nein
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe (Atemstillstand)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medikamente	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		

Sonstige Erkrankungen	ja	nein
Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schwangerschaft	ja	nein
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	_____	

Mein Hausarzt	
Praxis	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb und bei wem?

Bitte beachten Sie, dass nach einer Betäubungsspritze Ihre Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann!

Abschließende Erklärung	
<input type="radio"/> „Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.“	
<input type="radio"/> „Ich versichere die Korrektheit der Angaben und verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.“	
Frankfurt, den	Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten