

Anamnese

Patientenanmeldung

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nachname	Vorname
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Geburtsdatum	Geburtsort
versicherte Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nachname	Vorname
Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telefonnummer	E-Mailadresse
Krankenkasse	<input type="text"/>	
	Krankenkasse / Versicherung	
Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Beruf	Arbeitgeber
überwiesen/ empfohlen durch	<input type="text"/>	

Wie wichtig ist Ihnen Vorsorge und Prophylaxe? nicht wichtig egal wichtig sehr wichtig

Wie wichtig sind schöne Zähne / Zahnästhetik? nicht wichtig egal wichtig sehr wichtig

Wie wichtig ist Ihnen eine Behandlung in Sedierung nicht wichtig egal wichtig sehr wichtig

Möchten Sie am Recallverfahren teilnehmen und automatisch via E-Mail oder Brief auf Kontrollen und Zahnreinigungen hingewiesen werden? ja nein Brief E-Mail

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und stellen Ihnen diese gemäß GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) in Rechnung.

Wichtiger Hinweis: Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Das gibt uns die Chance, anderen Patienten einen Terminwunsch zu erfüllen. Sollte dies nicht möglich sein oder bei unbegründetem Nichterscheinen behalten wir uns vor, eine Ausfallgebühr in Höhe von 150 € zu erheben.

Ich willige in die Veröffentlichung von anonymisierten oder unkenntlich gemachten Fotos im Rahmen wissenschaftlicher Vorträge und anderen Veröffentlichungen ein.

Datum

Datum, Unterschrift

BITTE WENDEN ►

Anamnese

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG:

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HAUS-/FACHARZT: (Name / Anschrift / Telefon)

MEDIKAMENTE:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?
(Medikamentenplan bitte beilegen):

ALLERGIEN:

HERZERKRANKUNGEN:

Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag
(Arrhythmien)? ja nein

Angina pectoris? ja nein

Herzschrittmacher /
Herzklappenersatz? ja nein

Sonstiges?

KREISLAUFERKRANKUNGEN:

Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt? ja nein

Nehmen Sie gerinnungs-
hemmende Medikamente ein? ja nein

Sonstiges?

KREBS- / TUMORERKRANKUNGEN:

Wenn ja, welche Art? ja nein

SCHWANGERSCHAFT:

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher SSW?

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS:

Epileptiforme Anfälle? ja nein

Krämpfe? ja nein

Sonstiges?

VEGETATIVE ERKRANKUNGEN:

Ohnmachtsanfälle ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder
Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges?

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN:

Zuckerkrankheits (Diabetes)? ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Sonstiges?

BLUTERKRANKUNGEN:

Blutungsneigung? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges?

INFEKTIONSKRANKHEITEN:

Leberentzündung / Gelbsucht?
(Hepatitis A / B / _____)? ja nein

HIV (AIDS) ja nein

Sonstiges?

ATEMWEGSEKRANKUNGEN:

COPD? ja nein

Asthma bronchiale? ja nein

Sonstiges?

WEITERE ANGABEN:

Sind oder waren Sie drogen-
oder alkoholabhängig? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wie viel (pro Tag) und seit wann?

RÖNTGEN:

Wurden Sie im letzten Jahr im
Kopf- / Kiefer- / Zahnbereich
geröntgt? Wenn ja, wo? ja nein

Datum, Unterschrift