ZahnarztpraxisBenedix

... damit Sie gern zum Zahnarzt gehen.

Anmeldebogen mit Anamnese

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Haben Sie einen Pflegegrad?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welchen? _____

Krankenversicherung

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung _____

Wenn Sie nicht selbst Mitglied sind, über wen sind Sie familienversichert?

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

An wen soll die Rechnungsstellung erfolgen?

☐ Mitglied ☐ Patient

Hausarzt

Name _____

Telefon _____

Facharzt

Name _____

Telefon _____

Wir möchten Sie außerdem bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

Welche der folgenden Behandlungen entspricht am ehesten Ihren Vorstellungen?

- ☐ Eine umfassende Behandlung, die nach den neuesten, gesicherten, medizinischen Erkenntnissen, mit der Wahl verschiedener Versorgungsformen und unter Berücksichtigung von Prophylaxe erfolgt.
- ☐ Eine ausreichende Behandlung, die zweckmäßig, notwendig, ohne größere Eigeninitiative oder Kosten erfolgt.

Zur Vorbeugung von Zahnbetterkrankungen und Karies legen wir in unserer Praxis sehr großen Wert auf Prophylaxe und Professionelle Zahnreinigung. An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie Interesse?

- ☐ Professionelle Zahnreinigung (PZR)
- ☐ Zahnaufhellung (Bleaching)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung	☐ Internetsuche	☐ Bewertungsportal
☐ Werbung	☐ Branchenbuch	☐ Praxisschild

Bitte beachten Sie den folgenden Hinweis:

Wir bemühen uns, die Wartezeiten in unserer Praxis für Sie so kurz wie möglich zu halten. Deshalb arbeiten wir mit einem Bestellsystem, so dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine feste Termine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren.

Erhalten wir von Ihnen keine fristgerechte Absage oder sind Sie unverschuldet an der rechtzeitigen Absage oder Wahrnehmung des Termins gehindert, so dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass wir Ihnen einen Betrag von 120,- € pro ausgefallener Behandlungsstunde, das dem durchschnittlichen Kostenfaktor für eine Behandlungsstunde in unserer Praxis entspricht, als pauschalierten Schadenersatz in Rechnung stellen. Es steht Ihnen frei, nachzuweisen, dass kein oder ein geringerer als der geltend gemachte pauschalierte Schaden entstanden ist.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand und alle von Ihnen eingenommenen Medikamente informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen. Die Angaben sind natürlich freiwillig. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen das Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Mit Ihren Angaben gehen wir vertraulich um. Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch dem Datenschutz und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

Herz / Kreislauf
- ☐ Herzfehler
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt, Wann? _____
- ☐ Herzmuskelentzündung
- ☐ Herzklappenentzündung
- ☐ Künstliche Herzklappe
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Stent, Bypass, Wann? _____
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Ohnmachtsanfälle, Kollaps

oder _____

Gefäße
- ☐ Schlaganfall, Wann? _____
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Thrombosen, Embolie

oder _____

Atemwege / Lunge
- ☐ Asthma
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Tuberkulose
- ☐ chronische Bronchitis, COPD
- ☐ Lungenblähung
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Schnarchen

oder _____

Leber
- ☐ Leberverhärtung
- ☐ Fettleber
- ☐ Gallensteine
- ☐ Hepatitis ☐A ☐B ☐C

oder _____

Nieren
- ☐ Dialysepflicht
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Nierensteine

oder _____

Magen / Darm
- ☐ Geschwür
- ☐ Engstelle
- ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Refluxkrankheit

oder _____

Stoffwechsel
- ☐ Diabetes mellitus Typ I
- ☐ Diabetes mellitus Typ II
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Kropf

oder _____

Skelettsystem
- ☐ Gelenkerkrankungen
- ☐ Rückenbeschwerden
- ☐ Bandscheibenbeschwerden
- ☐ Muskelschwäche
- ☐ Muskelerkrankungen
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Osteoporose

oder _____

Nerven / Gemüt
- ☐ Krampfanfälle (z.B. Epilepsie)
- ☐ Lähmungen
- ☐ Depressionen
- ☐ Angstzustände
- ☐ Morbus Parkinson
- ☐ Demenz

oder _____

Blut
- ☐ Gerinnungsstörungen
- ☐ häufiges Nasenbluten
- ☐ blaue Flecken auch ohne Verletzungen bzw. nach leichter Berührung
- ☐ Nachbluten nach Operationen
- ☐ Anämie
- ☐ Leukämie

oder _____

Augen
- ☐ Grüner Star
- ☐ Grauer Star
- ☐ Starke Einschränkung der Sehkraft
- ☐ Blindheit

oder _____

Allergie und / oder Überempfindlichkeit gegen
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ Fruchtzucker
- ☐ Medikamente
- ☐ Jod
- ☐ Pflaster
- ☐ Metalle
- ☐ Latex, z.B. Luftballons, Radiergummi, Gummihandschuhe

oder _____

Immunschwäche
- ☐ Einnahme von Cortison
- ☐ Zustand nach Organtransplantation
- ☐ HIV-Infektion

oder _____

Knochen
- ☐ Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher Erkrankung?

  _____

  Wann? _____

  Mit welchem Präparat?

  _____

Andere Erkrankungen
- ☐ Tumorerkrankungen
- ☐ rheumatische Erkrankungen

oder _____

Rauchen Sie?
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Regelmäßig
  Wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol?
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Regelmäßig
  Wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen?
- ☐ Gelegentlich
  Welche? _____
- ☐ Regelmäßig
  Welche? Wie viel? _____

Sind Sie schwanger?
- ☐ Ja
  Welche Schwangerschafts-woche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente? (dauerhaft oder in den letzten Tagen)
- ☐ Aspirin, ASS, Aggrenox
- ☐ Plavix, Brilique, Efient
- ☐ Marcumar, Warfarin, Falithrom
- ☐ Xarelto, Pradaxa, Eliquis
- ☐ Ticlopidin

oder _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- ☐ Blutdruckmedikamente
- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Verhütungsmittel
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Antidiabetika

oder _____

Welche regelmäßigen Medikamente nehmen Sie?

_____

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem Informationsstand gemacht und den Hinweis zur Terminvereinbarung und Terminabsage verstanden habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Datum	Änderungen	Unterschrift
	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	
	☐ ja ☐ nein	