

Für eine individuelle auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Ihre Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns vertraulich behandelt.

Patient

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied/ Versicherter

Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort _____

Erreichbarkeit

Telefon privat/geschäftlich _____ Handy _____ E-Mail _____

Krankenkasse

gesetzlich versichert privat versichert
 Zusatzversicherung **Beihilfe**
 Kostenerstattung **Standard-/Basistarif**

Name der Krankenkasse/Versicherung _____
*Für die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen bei **gesetzlich Versicherten** ist das Vorlegen und **Einlesen** einer **gültigen Versicherungskarte** notwendig. **Andernfalls** müssen die erbrachten Leistungen entsprechend **privat abgerechnet** werden.*

Beruf

Bezeichnung _____ Name des Arbeitgebers _____ Telefonnummer _____

Arzt

Name des Hausarztes _____ Name des Kieferorthopäden _____ Behandlungsbeginn/-abschluss _____

RECALL

Ich möchte eine regelmäßige Erinnerung erhalten: ja nein
 professionelle Zahnreinigung Mail
 allgemeine Vorsorge Telefon
 Kinderprophylaxe Fax

Ich kann diese Entscheidung, in das Recallsystem meiner Praxis aufgenommen zu werden, jeder Zeit widerrufen.

Ich besitze ein

Bonusheft **Röntgenpass** **Herzpass** **Allergiepass**

Allgemein

Ich bin ein **ängstlicher Patient** ja nein Ich neige zur **Ohnmacht / Hyperventilation** ja nein

Es besteht eine **regelmäßige Medikamenteneinnahme** ja nein Ich nehme **blutgerinnungshemmende Medikamente:** ja nein

Medikamentenangabe:

Es besteht eine **Allergie** oder **Unverträglichkeit** ja nein **seit wann?**

wogegen:

regelmäßiger Konsum ja nein Antidepressiva Tabak Alkohol Drogen

Es besteht eine **Schwangerschaft** ja nein → **Geburtstermin am**

Erkrankungen

| | |
|--|---|
| Bestehende Herzerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV/AIDS-Infektion <i>seit wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutdruck <input type="checkbox"/> niedrig / <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe einen Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ1 <input type="checkbox"/> Typ2 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt - <i>wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Über-/ <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Magen-Darmerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lungenerkrankung/Asthma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| sonstige Bluterkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall – <i>wann:</i> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Epilepsie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Strahlen-/ <input type="checkbox"/> Chemo-Therapie <i>Jahr:</i> _____ | Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| immunsuppressive Erkrankung / Gelenkersatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | andere Erkrankung - welche: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wichtiger Hinweis:

Termine müssen mindestens 48 Stunden vorher abgesagt werden. Bei **Nichteinhaltung** kann die Praxis **gemäß §§ 304,615 BGB** den **Anspruch auf Ersatz des Ausfallschadens** entsprechend des Umfangs der tatsächlich geplanten Behandlung in Rechnung stellen.

Erhalten Sie einen **Notfalltermin**, müssen Sie mit längeren Wartezeiten rechnen und es kann in der Regel nur eine Notbehandlung durchgeführt werden.

Einverständniserklärung des Patienten/Erziehungsberechtigten/Betreuers mit Vollmacht:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich teile meiner Praxis aktuelle Änderungen meiner Adresse, meiner Versicherung und meines Gesundheitszustandes mit.

Ich habe den Anamnesebogen vollständig durchgelesen und verstanden und gebe mit meiner Unterschrift mein Einverständnis sowie meine Einwilligung in allen aufgeführten Punkten.

Datum _____

Unterschrift Patient*in / Erziehungsberechtigte*r / Betreuer*in mit Vollmacht _____