

ANAMNESEBOGEN

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung zum Datenschutz gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Unterschrift: _____ Solingen, den _____

PATIENT:

Name Vorname Geburtsdatum

VERSICHERT ÜBER:

Name Vorname Geburtsdatum

ADRESSE

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon E-Mail Mobil

Hausarzt: _____

Vorheriger Zahnarzt (um evtl. Röntgenbilder anzufordern): _____

Wurden in den letzten 12-24 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopf/Kieferbereich angefertigt? Ja Nein

BERUF

ARBEITGEBER:

Name/Adresse Telefon

Optional -falls wir Sie einmal
dringend erreichen müssen.

KRANKENKASSE (GESETZLICH): _____

KRANKENKASSE (PRIVAT): _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? Ja

Sind Sie freiwillig versichert? Ja

Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja

Basistarif versichert? Ja Nein

Haben Sie ein Bonusheft? Ja

(bitte vorlegen)

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad/Eingliederungshilfe Ja Nein Grad _____

Sollen wir Sie an die halbjährliche Vorsorgeuntersuchung erinnern (Recallschreiben)?

per E-Mail Brief Nein

Dafür bitten wir um Einverständnis, Ihre Daten auf elektronischem Wege zu versenden _____

Unterschrift

Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten (bitte ankreuzen und unterstreichen)?

Herzerkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Schrittmacher, Klappenersatz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Erkrankungen des Kreislaufsystems (Hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> , niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> , Schlaganfall <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gelbsucht, Lebererkrankung, Hepatitis (<input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Asthma / Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Grünen Star / Glaukom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Drogenkonsum / Abhängigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tumorerkrankungen / Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstige Erkrankungen	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein

Ja, Herzmedikamente _____ Ja, Cortison (Kortikoide) _____

Ja, Schmerzmittel _____ Ja, Antidepressiva _____

Ja, Blutverdünnende Medikamente (Marcumar, ASS, Xarelto, etc.) _____

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein? _____

Leiden Sie unter Allergien/Unverträglichkeiten gegen Medikamente o. Spritzen? Nein

Ja, gegen: _____ Allergiepass vorhanden Ja Nein

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Stück pro Tag.

Sind Sie schwanger? Nein Ja, errechneter Termin am _____

Leiden Sie unter Zahnarztangst? Nein Ja

Hiermit bestätige ich, den zweiseitigen Anamnesebogen korrekt und nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben. Den Informationsbogen im Anhang habe ich zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Solingen, den _____

Informationen für Sie

Liebe Patienten, wussten Sie schon.....?

..., dass unsere Rechnungsstellung über ein Abrechnungszentrum erfolgt? Wir bitten Sie daher um die Unterzeichnung der von *mediserv* bereitgestellten Einverständniserklärung.

..., dass, wenn Behandlungen innerhalb Ihrer Arbeitszeit notwendig sind, wir Ihnen eine Bescheinigung über die Anwesenheit in der Praxis ausstellen können? Bitte informieren Sie unsere Rezeptionskraft darüber, wenn Sie sich anmelden.

..., dass Medikamente und Betäubungsspritzen Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und bei der Arbeit an Maschinen beeinträchtigen können? Beachten Sie dies bitte bei der Planung Ihrer Behandlung.

Auf Wunsch können wir Ihnen gerne ein Taxi rufen, welches Sie sicher nach Hause bringt.

..., dass, wenn Sie Ihren Termin einmal nicht wahrnehmen können, Sie bitte **mindestens einen Tag** vorher absagen!
Ansonsten behalten wir uns vor, Ihnen die versäumte Behandlungszeit in Rechnung zu stellen.

..., dass Ihnen unser Prophylaxe-Raum zum Zähneputzen vor der Behandlung zur Verfügung steht? Gerne stellen wir auch Einmalzahnbürsten für Sie bereit.

Ihr Praxisteam