



Anamnesebogen

Patient	Name	Vorname	Geburtsdatum
Mitglied	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	PLZ, Ort	Strasse	Telefon
Krankenkasse	Bezeichnung	Ort	Mitgliedsnummer
Beruf	Arbeitgeber		
Anschrift	PLZ, Ort	Strasse	Telefon

Hinweis für Privatpatienten:

Falls ich als Privatpatient bei meiner Versicherung zu einem Standardtarif versichert bin, teile ich dies meinem Zahnarzt vertragsgemäß mit. Ich bin zum Standardtarif versichert: ja ☐

Bitte lesen Sie die Vorder- und Rückseite dieses Blattes sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen zu Ihrer Gesundheit.

Die Fragen, die wir Ihnen stellen, sollen uns helfen, möglichen Komplikationen vorzubeugen und Ihnen die Behandlung so angenehm wie möglich zu machen. Sollten Sie diese Fragen für Ihr Kind beantworten, so beziehen sich alle Fragen auf die Gesundheit Ihres Kindes.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Nehmen Sie ständig oder häufiger Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche: _____

2. Wurden in den letzten drei Jahren Röntgenbilder des Schädels oder der Zähne angefertigt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bitte Zeitpunkt der Aufnahmen und Anschrift der Ärzte angeben:

3. Haben Sie eine der folgenden Gesundheitsstörungen?

Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| Bluthochdruck ☐ | Nierenerkrankungen ☐ |
| Zu niedrigen Blutdruck ☐ | Schilddrüsenerkrankungen ☐ |
| Zuckerkrankheit, Diabetes ☐ | Hepatitis A, B oder C ☐ |
| Herzleiden, Herzschrittmacher ☐ | Immunschwäche, Autoimmunerkrankungen ☐ |
| Lungenerkrankungen, Tbc ☐ | Künstliche Gelenke, Herzklappen, etc. ☐ |
| Osteoporose, Medikamente gegen Osteoporose (auch innerhalb der letzten 15 Jahre) ☐ | |
| Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK) ☐ | |

Sonstige Erkrankungen: _____



4. Sind bei Ihnen bei Verletzungen oder zahnärztlichen Behandlungen schon einmal stärkere Blutungen aufgetreten? Ja ☐ Nein ☐
5. Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. ASS 100, Plavix, Marcumar) ein? Ja ☐ Nein ☐
6. Leiden Sie an Allergien? Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wogegen /
Wenn ja, welche: _____
7. Hatten Sie Komplikationen nach Betäubungsspritzen oder sonstigen Zahnbehandlungen? Ja ☐ Nein ☐
8. *Für weibliche Patienten:*
Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, in der wievielten Woche? _____
9. Für eventuelle Rückfragen: Geben sie uns bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes an:
-

Ich weise den Zahnarzt darauf hin, falls ich HIV – positiv (mit AIDS – Erregern infiziert) bin oder zu einer Risikogruppe gehöre. Dies ermöglicht es, dass sich der Zahnarzt und seine Mitarbeiter durch besondere Maßnahmen schützen können. Alle Angaben unterliegen der strengen Schweigepflicht des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter. Straßenverkehrsfähigkeit: Schmerz- oder Beruhigungstabletten sowie Betäubungsspritzen können für einen Zeitraum von bis zu 6 Stunden die Reaktionsfähigkeit und Sicherheit im Straßenverkehr oder beim Bedienen von Maschinen beeinträchtigen. Die Teilnahme am Straßenverkehr oder das Bedienen von Maschinen sollte über diesen Zeitraum hinweg unterbleiben. Falls ich mich ohne Vorlage einer gültigen Versicherungskarte behandeln lasse, werde ich diese ohne Aufforderung innerhalb von 8 Tagen nachreichen. Ohne gültige Versicherungskarte werde ich als Privatpatient behandelt und erhalte eine Privatrechnung, die ich im vollen Umfang zu tragen habe. Mir ist bekannt, dass ich mich als Versicherter der GKV mindestens 1x pro Jahr zur zahnärztlichen Untersuchung vorstellen muss, damit mein Bonus gewahrt bleibt. Die Vereinbarung und Wahrnehmung dieses Termins obliegt mir selbst. Sollte ich einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne die Praxis rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben wird mir der Behandlungstermin gemäß §§ 615, 611 BGB in Rechnung gestellt! Die Berechnung erfolgt je nach Dauer des ausgefallenen Termins. Anfragen von privaten Versicherungen werden nach §§ 612 Abs. 1 i.V.m. 670 BGB je nach Zeitaufwand in Rechnung gestellt. Ich habe das Merkblatt gelesen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu meiner näheren Information zu stellen. Die Fragen der Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Falls sich Änderungen bei meinem Gesundheitszustand ergeben sollten, informiere ich meinen Zahnarzt und lasse mir diesen Bogen erneut vorlegen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten