

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherter Patient müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als freiwillig versicherter Patient haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarten, oder der Behandlung auf Privatrechnung gem. § 13 SGB V (Kostenerstattung).

**Patient:**

Herr  Frau  Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Telefon, Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
<input type="text"/>	
E-Mail Adresse	

**Mitglied, Zahlungspflichtiger**

(bei Kindern Erziehungsberechtigter)

Herr  Frau

Siehe Patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Telefon, Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
<input type="text"/>	
E-Mail Adresse	

**Name des Kostenträgers**

(Krankenkasse oder Versicherung)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="checkbox"/> Ich bin privatversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert   |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif-   | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | versicherter gemäß                                | (Sozialamt, Versorgungsamt)                         |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | § 25/Abs. 2A SGB V.                               |   |

Beruf des Mitgliedes

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schüler / Student
----------------------	--

**Anschrift des Arbeitgebers**

<input type="text"/>	
Name des Arbeitgebers	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
<input type="text"/>	
Telefon	

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	<input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	ggf. seit wann?
	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Leberkrankheiten	
	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)	
	<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)	
	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	
	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> keine	

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien

nein  Wenn ja, welche?

c)	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Nehmen Sie Marcumar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Wie hoch ist Ihr Blutdruck?  niedrig  normal  hoch

ggf. Werte?

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

ggf. welche?

5. Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  ungewiss

ggf. nähere Angaben, welche Woche?

6. Rauchen Sie  ja  nein

Wenn ja, wie viel Zigaretten am Tag?

7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten:

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?  ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.**

9. Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?

10. Sind Sie am Prophylaxeprogramm interessiert?  ja  nein

11. Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein

**Wie bzw. durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben.**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten

Zur Kenntnis genommen, Unterschrift des Zahnarztes