



Anmelde- und Anamnesebogen

Patient

Hauptversicherter

Name _____ Name _____

Vorname _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Datum _____

PLZ, Wohnort _____ PLZ, Wohnort _____

Straße, Nr. _____ Straße, Nr. _____

Telefon _____ Telefon _____

Beruf _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____ Telefon-Arbeitgeber _____

Krankenkasse

- privatversichert
 pflichtversichert
 beihilfeversichert

- private Zusatzversicherung
 freiwillig versichert
 sonstiges:

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? _____

Weshalb kommen Sie zur Behandlung? _____

Wann und wo war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Wann und wo wurden Ihre Zähne zum letzten Mal geröntgt? _____

Wünschen Sie darüber informiert zu werden, was an zeitgemäßen hochwertigen oralchirurgischen oder kiefer-gesichtschirurgischen Behandlungsmöglichkeiten möglich ist, auch wenn diese Leistungen größtenteils von den Krankenkassen/Erstattungsstellen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

Ja Nein

Wünschen Sie über unser systematisches Individualprophylaxe-Programm zur Vermeidung von Karies und Parodontose informiert zu werden?

Ja Nein

Wünschen Sie besondere Beratung über:

- Regeneration und Gesunderhaltung des Zahnfleisches (Parodontitisbehandlung)
 Zahnärztliche Implantate und Implantatversorgung

→→→ **Bitte Rückseite beachten**

Fragen zu vorhandenen Krankheiten

Viele Erkrankungen können Auswirkungen auf eine oralchirurgische/kieferchirurgische Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Dieser Fragebogen wird Ihrer EDV-gestützten Karteikarte beigelegt. Die im Rahmen Ihrer Behandlung erhobenen Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

	Ja	Nein	Wenn ja, bitte näheres!
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind evtl. Zähne locker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Waren Sie kürzlich oder sind Sie z.Zt. in ärztl. Behandlg.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie häufig Kopf- und/oder Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht bei Ihnen z.Zt. eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Unverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten/Zigarren/Pfeifen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz- oder Kreislauferkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohnmachtsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutkrankheiten/Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis/HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma, evtl. Allergiepaß)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes/Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden/Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? Name _____ Telefon _____

Wer ist Ihr behandelnder Zahnarzt? Name _____ Telefon _____

Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung eine Lokalanästhesie/Betäubung notwendig sein, beachten Sie bitte, dass eine Beeinträchtigung Ihrer Verkehrstauglichkeit möglich ist. Daher sollten Sie nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen!

Hinweise zur Organisation:

Die Praxis wird nach einem Terminsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit für Sie reserviert ist, denn gute Arbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich. In der Regel entstehen daher keine oder nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorgesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir Sie um Ihr Verständnis. Sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie umgehend um eine Benachrichtigung, damit die Zeit anderweitig vergeben werden kann. Andernfalls haben wir nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§304, 615 BGB) die Berechtigung die evtl. ungenutzte Zeit Ihnen in Rechnung zu stellen. Erhalten Sie wegen eines Notfalles (z.B. Schmerzen) kurzfristig einen Termin, so müssen Sie ggf. mit Wartezeiten rechnen.

Damit wir möglichst viel Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben, versuchen wir auf dem Wege modernster Arbeitsteilung den Zeitaufwand für die Praxisverwaltung so gering wie möglich zu halten. Daher werden im Rahmen Ihrer Behandlung erhobene Daten, Befunde, oder sonstige für Ihre Behandlung wichtige Informationen, ggf. auch elektronisch, in einer Patientenkartei geführt.

Wir möchten Sie bitten, Ihr Einverständnis zu diesem Verfahren mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Danke!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder der Erziehungsberechtigten