

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis von Susanne Albrecht-Hass, bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung darauf abstimmen zu können. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Beachten Sie bitte auch unsere Hinweise am Ende dieses Fragebogens. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft. **Bitte leserlich schreiben** 😊

Patientendaten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer
_____	_____	
Krankenkasse	E-Mail	

Hausarzt		

Allgemeinmedizinische Auskünfte

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? ja nein

Haben Sie eine **Medikamentenliste**, wenn ja, reichen eine **Kopie** an uns weiter.

Wenn **ja**, welche? _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht/ sind allergisch/ besitzen ein Allergiepass**? ja nein

Wenn **ja**, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass, so reichen Sie uns eine Kopie rein.

Leiden oder **litten** Sie unter einer der folgenden **Herzerkrankungen/Störungen**? ja nein

Bitte **kreuzen** Sie an:

- Herzinfarkt
 Angina pectoris
 Herzschwäche
 künstliche Herzklappe
 Herzschrittmacher/Defibrillator
 hoher Blutdruck
 niedriger Blutdruck
 Schlaganfall



Leiden Sie unter **Schilddrüsenerkrankungen**? Wenn ja welche? _____ ja nein

Leiden Sie unter **Diabetes** **Epilepsie** **Asthma** **COPD**? Bitte **kreuzen** Sie an wenn **ja**.

Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Gicht, Osteoporose) ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie einen Pflegegrad, wenn **ja** welchen? _____ ja nein

Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung (z. B. Niereninsuffizienz) ja nein

Wenn **ja**, welcher? _____

Haben/hatten Sie eine Krebserkrankung? ja nein

Wenn **ja**, welche/ wann? _____

Haben Sie **sonstige Erkrankungen**? (z.B. Blutgerinnungsstörungen)

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

HIV (AIDS) ja nein

Hepatitis ja nein

Tuberkulose (Tbc) ja nein

Krankenhauskeim (MRSA) ja nein

Sonstige Infektionskrankheiten _____

Nehmen Sie regelmäßig (täglich) **Alkohol** oder **Drogen** zu sich? ja nein

Wenn **ja**, welche? _____

Rauchen Sie? Wenn **ja** viele viele Zigaretten am Tag? _____ ja nein

Ehemaliger Raucher? Wenn ja, seit wann nicht mehr. _____ ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Wen dürfen wir informieren im Notfall, falls wir Sie nicht erreichen, bzgl. Terminverschiebung?

Name & Telefonnummer: _____



Hinweise zu unserem Praxisablauf / weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann.

Anderenfalls bei Nicht-Erscheinen ohne Absage werden wir Ihnen ggf. ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen gemäß §645 BGB. Die Höhe des Ausfallhonorars beträgt mindestens 75€.

Recall-Service

Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern.

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service. ja nein

per Email

per Post

Rechnungszustellung, mehrere Kreuze möglich

Wie dürfen wir Ihnen eventuelle Rechnungen zukommen lassen, sofern Kosten auf Sie zukommen?

per Email

per Post

wenn möglich vor Ort mit EC-Karte

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Erklärung zu Datenschutz nach Art. 13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht und auf Wunsch auch zur Mitnahme bereit. Bitte sprechen Sie uns an.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift
gesetzlicher Vertreter