

# Anamnesebogen Seite 1/2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie die einzelnen Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

## Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

## Versicherte Person/ Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_

## Versicherung

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
 gesetzlich     freiwillig     privat     PKV-Standardtarif     Beihilfe  
Besteht eine Zahnzusatzversicherung?     nein     ja    Welche: \_\_\_\_\_  
Haben Sie einen Pflegegrad oder bekommen Sie Eingliederungshilfe?     ja     nein

## Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes / Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen Seite 2/2

## Infektionskrankheiten

HIV Infektion /AIDS  ja  nein Hepatitis A  ja  nein Hepatitis B  ja  nein  
Hepatitis C  ja  nein Tuberkulose  ja  nein MRSA  ja  nein  
Creuzfeld Jakob Krankheit (CJK/vCJK)  ja  nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie  ja  nein Antibiotika  ja  nein Schmerzmittel  ja  nein  
Metalle  ja  nein Latex  ja  nein Allergiepass  ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Sonstige wichtige Informationen

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein Wenn ja, welcher SSW ? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen in letzter Zeit zahnärztliche Röntgenaufnahmen durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit bzw. regelmäßig ein?

Name: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

## Kostenloser Erinnerungsservice

Unsere Praxis hat sich das Ziel gesetzt, Ihre Zähne von Anfang an gesund zu erhalten. Daher bieten wir Ihnen einen kostenlosen Erinnerungs-Service für kontroll- und Prophylaxetermine an.

Möchten Sie sich für unseren kostenlosen Erinnerungsservice vormerken lassen?  ja  nein

## Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung

Internet/ Website

Sonstiges

## Vereinbarung zum Ausfallhonorar bei Nicht-Erscheinen oder kurzfristiger Absage eines geplanten Behandlungstermins zwischen der Praxis Dr. Hoffmann/ Dr. Willamowski und o.g. Patienten

Sie kommen zur Zahnarztbehandlung in eine Praxis, die nach Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen die hierdurch, in der Regel andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wie die für Sie reservierte Zeit anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige Verpflichtungen. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit gem. § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgemäß abgesagt oder eingehalten wird.

✘

Ort, Datum

✘

Unterschrift des Patienten/ des Erziehungsberechtigten