

Anamnesebogen

1. Allgemeine Angaben

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum/-ort _____

Versicherte Person:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum/-ort _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobilnummer: _____

2. Versicherungsstatus

	Ja	Nein		Ja	Nein
Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Privat versichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kostenerstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Eigenbeteiligung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Basistarif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Andere Ärzte - sofern Sie dort in regelmäßiger Behandlung sind bzw. kürzlich waren

Hausarzt:

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobilnummer: _____

Kieferorthopäde:

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobilnummer: _____

Vorbehandelnder

Zahnarzt:

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____ Mobilnummer: _____

4. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Auf Empfehlung Von wem? _____

Vorbei gelaufen

Internet Über welche Seite? _____

Sonstiges _____

5. Warum suchen Sie uns auf? - Mehrfachantwort möglich

Praxiswechsel	<input type="checkbox"/>	Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>
Routinekontrolle	<input type="checkbox"/>	Zweitmeinung	<input type="checkbox"/>
Überweisung von	_____		
Beschwerden:	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welcher Art?	_____		

6. Allgemeine Anamnese - Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislaufferkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?	_____
Endokarditis	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?	_____
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>

Infektionserkrankungen

HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>

Wenn ein Diabetes besteht:

Typ 1	<input type="checkbox"/>
Typ 2	<input type="checkbox"/>
HbA1c eingestellt	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
HbA1c über 7,5	<input type="checkbox"/>
HbA1c unter 7,5	<input type="checkbox"/>

Bestehen Erkrankungen folgender Organe?

Blutgerinnung:	<input type="checkbox"/>
Nieren:	<input type="checkbox"/>
Leber:	<input type="checkbox"/>
Schilddrüse:	<input type="checkbox"/>
Haut:	<input type="checkbox"/>
Magen:	<input type="checkbox"/>
Darm:	<input type="checkbox"/>
Lunge:	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche?	_____

Liegen Sonstige Erkrankungen vor?

Epilepsie:	<input type="checkbox"/>
Osteoporose:	<input type="checkbox"/>
Rheuma/Arthritis:	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen:	<input type="checkbox"/>
Drogenkonsum:	<input type="checkbox"/>
Alkoholabhängigkeit:	<input type="checkbox"/>

Rauchen Sie?

Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wie viel?	_____
Nichtraucher seit	_____
Wenn ja, welche?	_____
Wenn ja, welche?	_____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Antibiotika	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>
Lokalanästhesien	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche?	_____

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unsicher <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welcher Monat?	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?	_____

8. Spezielle Anamnese – Wie sieht es mit Ihren Zähnen aus?

Zähne

Haben Sie aktuell Zahnschmerzen?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo?	_____				
Sind Sie mit ihrem Lachen zufrieden? (Zahnfarbe, -form, -stellung)		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, was stört Sie?	_____				
Tragen Sie Zahnersatz		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo?	Oben		<input type="checkbox"/>	Unten	<input type="checkbox"/>
Komme Sie mit dem Ersatz gut zurecht?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, was stört Sie?	_____				

Zahnfleisch

Haben Sie öfter Zahnfleischbluten?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Sind Zähne gelockert?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wurde eine Parodontosebehandlung durchgeführt?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann?	_____				

Kiefergelenk

Knirschen Sie mit den Zähnen?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Verspannungen im Kaumuskelbereich?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Schiene?		Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo?	_____				
Wenn ja, seit wann?	_____				

Terminabsagen und Ausfallhonorar

Wir sind eine Bestellpraxis. Für Sie bedeutet dies in der Regel geringe Wartezeiten. Wir bitten Sie daher, Ihre Termine rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher, abzusagen, damit wir uns Zeit für andere Patienten nehmen können. Bei Terminabsagen weniger als 24 Stunden vorher oder unangekündigtem Nichterscheinen, behalten wir es uns vor, eine Ausfallrechnung in Höhe von 100 Euro je angefangener 30 Minuten zu stellen (gemäß §304 und §615 BGB).

Kostenhinweis

Wie allgemein üblich berechnen wir Leistungen außerhalb der kassenzahnärztlichen Vertragsrichtlinien nach Aufwand und gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Erstattungseinschränkungen seitens privater Kostenträger und Zusatzversicherer können bei der Rechnungslegung nur in Ausnahmefällen berücksichtigt werden.

Die Rechnungszustellung erfolgt über unseren Partner BFS+. Hierüber erheben wir ein separates Einverständnis.

Recall

Ich möchte am Recall-Service teilnehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an meine Vorsorgeuntersuchung. Ich kann die Teilnahme am Recall jederzeit widerrufen.

Ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich umgehend mit. Weiter bestätige ich die Kenntnisnahme der Aufklärungstexte.

Hamburg, den _____

Name, Vorname

Unterschrift