



ZAHNGLÜCK

Moderne Zahnmedizin in Vierkirchen

Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,
für eine individuelle und auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Spätere Änderungen bitten wir umgehend mitzuteilen. Vielen Dank!

Hinweis: Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar.

Name, Vorname

Name, Vorname der / des Versicherten (falls abweichend)

Geburtsdatum

Telefon Privat

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

E-Mail (freiwillige Angabe)

Telefon Mobil

Name und Anschrift Ihres Hausarztes (freiwillige Angabe)

pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Name und Sitz der Krankenkasse

Beihilfe Zusatzversicherung nicht versichert

Gesundheitszustand

Hoher / Niedriger Blutdruck Ja Nein

Herzklappenfehler Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Endokarditis Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Organtransplantiert Ja Nein

Stammzellentransplantiert Ja Nein

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja Nein

Asthma / Lungenerkrankungen Ja Nein

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Diabetes / Zuckerkrankheit Ja Nein

Nervenerkrankungen Ja Nein

Ohnmachtsanfälle Ja Nein

Osteoporoseerkrankung Ja Nein

Raucher Ja Nein

Rheuma / Arthritis Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Sonstige Erkrankungen: _____

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion / Stadium AIDS Ja Nein
Lebererkrankung / Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Andere Infektionskrankheiten Ja Nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie / Spritzen Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Metalle: _____

Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat ? _____

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden?

Ja Nein

Wenn ja, wann ? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ?

_____ seit: _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutgerinnung ein ?

Ja Nein

Wenn ja, welches ? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ?

Ja Nein seit: _____

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie ?

Ja Nein seit: _____

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung ?

Ja Nein seit: _____

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva ?

Ja Nein seit: _____

Wurden Sie jemals an den Nasennebenhöhlen (z.B. Kieferhöhle) operiert ?

Ja Nein

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Halswirbelsäure) ?

Ja Nein

Kontakt & Einverständnis

Kontakt: Dürfen wir Sie zur Terminbestätigung kontaktieren ?

Ja Nein

Recall-Service: Wünschen Sie an Ihren nächsten Vorsorge-Termin erinnert zu werden ?

Ja Nein

Eine letzte Frage: Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam ?

Datum, Ort

Unterschrift

Die Behandlungen in der Zahnarztpraxis Zahnglück werden nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit exklusiv für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderorts üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Das bedeutet jedoch auch, dass Sie vereinbarte Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher absagen. So können wir die für Sie vorgesehene Behandlungszeit an einen anderen Patienten vergeben. Diese Vereinbarung begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen bei nicht rechtzeitigem Absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Wichtiger Hinweis: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie werden streng vertraulich behandelt. Sollten während meines Behandlungszeitraumes Änderungen eintreten, informiere ich Sie umgehend.