



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

vielen Dank, dass Sie zur Zahnbehandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversicherungskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/r Patient/in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen der kassenärztlichen Behandlung über die Krankenversicherungskarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß D 13 SGB V (Kostenerstattung).

**Bitte drucken Sie sich diesen Anamnesebogen aus und bringen ihn zu Ihrer ersten Behandlung mit. Sie können den Bogen handschriftlich ausfüllen oder Sie geben Ihre Daten einfach über die Tastatur in die vorgegebenen Felder im Programm Acrobat Reader ein.**

**Patient**

Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

**Anschrift**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Telefon	Mobil

**Mitglied /**

**Zahlungspflichtige/r**

Bei Kind: Erziehungsberechtigte/r

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

**Anschrift**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Telefon	Mobil

**Name des Kostenträgers**

Krankenkasse oder Versicherung

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert       | <input type="radio"/> Ich bin privat versichert           | <input type="radio"/> Ich bin nicht versichert                               |
| <input type="radio"/> Ich bin freiwillig versichert   | <input type="radio"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte/r | <input type="radio"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="radio"/> Ich bin beihilfeberechtigt      | <input type="radio"/> Ich bin Basistarif-Versicherte/r    |  |
| <input type="radio"/> Ich bin privat zusatzversichert |   |  |

**Beruf des Mitglieds**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Arbeitgeber

- Ich bin Schüler / Student

**Anschrift des Arbeitgebers**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	
PLZ/Ort	



Name

Vorname

**Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versichertenstatus mit.**

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- |                          |                       |                       |                         |                       |                       |                             |                       |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a)                       | ja                    | nein                  |                         | ja                    | nein                  |                             | ja                    | nein                  |
| Asthma (schwere Atemnot) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluterkrankungen        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Leberkrankheiten            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zuckerkrankheit          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rheuma                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | HIV-Infektion           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Anfallsleiden (Epilepsie)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Osteoporose              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | TBC                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankungen    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Name Ihres Hausarztes

Anschrift

Telefon

b) Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien?

ja  nein

Wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt - nehmen Sie Marcumar?

ja  nein

Schlaganfall

ja  nein

Lähmungen

ja  nein

d) Blutdruck

niedrig  normal  hoch

ggfs. Werte:

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja  nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja  nein

Wenn ja, welche?

4. Rauchen Sie?

ja  nein

5. Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein  ungewiss

Wenn ja, wievielte Woche?

6. Liegt / lag eine Unfallverletzung im Mund- / Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?

ja  nein

Unfalldatum

Art der Verletzung

7. Sonstige Angaben / andere Krankheiten

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

ja  nein

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

9. Haben Sie einen Röntgenpass?

ja  nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung / Computertomographie?

Datum / Körperteil

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm, z. B. professionelle Zahnreinigung, interessiert

ja  nein

11. Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre halbjährliche Vorsorgeuntersuchung (Recall-System)?

ja  nein

12. Ich bin an einer entspannten Behandlung interessiert

ja  nein

Wie / durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben (Seite 1 und 2) und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.**

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter