

ANAMNESE- UND HINWEISBOGEN

Patientendaten:

Name: Geburtsdatum:
 Vorname: Geburtsort:
 PLZ, Wohnort: Straße:
 Telefon, privat: Beruf:

geschäftlich:

frei w. versichert:

Wenn Privat versichert:

beihilfeberechtigt?

Krankenkasse:

Hauptversicherter:

Geburtsdatum
Hauptversicherter:

Empfohlen durch:

Hausarzt:

**Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
 im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen so
 richtig und vollständig wie möglich zu beantworten. Zu Ihrem eigenen Schutz unterliegen
 folgende Daten der ärztlichen Schweigepflicht.**

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Nein Ja

Zutreffendes bitte unterstreichen:

Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit / Angina pectoris
 Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen
 Herzschrittmacher, Herzklappenfehler /-ersatz
 Hypertonie (Bluthochdruck),
 Hypotonie (niedriger Blutdruck)
 Mangeldurchblutung des ZNS / Apoplex (Schlaganfall)

Allergien	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> welche?
Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen/Lungenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> welche?
Blutgerinnungsstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> welcher Typ?
Erkrankung blutbildender Organe	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (Hepatitis A, B, C [Gelbsucht], HIV/AIDS)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte <u>unterstreichen</u>
Creutzfeldt-Jakob	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen / Magen-Darm-Erkrankungen / Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte <u>unterstreichen</u>
Osteoporose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
		Wenn ja, Bisphosphonate? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
		Wenn ja, Bisphosphonate? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Frühere Operationen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> welche?
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> welche?

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit?

Nein Ja

welche?.....

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?

.....

Fragen an unsere neuen Patienten:

Wir bieten unseren Patienten, sowohl Kindern als auch Erwachsenen ein intensives **Prophylaxeprogramm** zum Schutz vor Karies und Parodontose (Frühuntersuchungen und Individualprophylaxe für Kinder, professionelle Individualprophylaxe für Erwachsene). Möchten Sie darüber informiert werden, auch wenn dies für Erwachsene **keine Kassenleistung** ist?

Nein Ja

Haben Sie Interesse an den Möglichkeiten neuerer und **besserer zahnmedizinischer Versorgung** (Amalgamaustausch, Implantat-Versorgung, etc.), auch wenn diese Leistungen nicht oder nur teilweise von Ihrer Kasse übernommen werden?

Nein Ja

Hinweise zur Organisation:

Bestellpraxis

Um möglichst kurze Wartezeiten zu bieten, führen wir unsere Praxis nach dem **Bestellsystem**, d.h. Ihr Termin wird ausschließlich für Sie freigehalten. Natürlich kann es durch Schmerzpatienten oder ungeplante Notfälle zu Verzögerungen kommen, für die wir um Verständnis bitten. Normalerweise ist jedoch die gesamte Praxis auf Ihren Besuch eingestellt und die geplante Zeit kann nicht anderweitig genutzt werden, wenn Sie nicht rechtzeitig erscheinen oder Ihren Termin nicht rechtzeitig (min. 24 Stunden vorher) absagen. In diesem Fall kann eine Ausfallgebühr berechnet werden.

Berechnungsgrundlage für das in diesem Falle anfallende „Ausfallhonorar“ ist der durchschnittliche Kostenfaktor für eine Praxisstunde, der sich auf einen Betrag in Höhe von **100.- € pro Stunde für die Mundhygiene und 200.- € pro Stunde für die zahnärztliche Behandlung** beläuft.

Das Ausfallhonorar wird nicht fällig, wenn Sie den vereinbarten Behandlungstermin ohne eigenes Verschulden versäumen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Vogtsburg, den

.. X.....

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Erklärung

Die Fragen zu meinem Gesundheitszustand habe ich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Sollten Änderungen eintreten, werde ich Sie vor der nächsten Behandlung informieren.

Vogtsburg, den

.. X.....

(Unterschrift)

Hiermit bestätige ich, dass **keine Änderungen** meines Gesundheitszustands seitdem (s.o.) eingetreten sind. Die oben gemachten **Angaben sind noch immer aktuell und vollständig**.

Datum, Ort	Unterschrift