DR. CLEMENS KOHLER
Zahnarzt

ANAMNESE- UND HINWEISBOGEN

Patientendaten:

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

freiw. 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	Ja	**welche?** …….....
Anfallsleiden (Epilepsie)	Nein	Ja	
Atemwegserkrankungen/Lungenerkrankungen	Nein	Ja	**welche?** …….....
Blutgerinnungsstörung	Nein	Ja	
Diabetes	Nein	Ja	**welcher Typ?** …….....
Erkrankung blutbildender Organe	Nein	Ja	
Infektionserkrankungen (Hepatitis A, B, C [Gelbsucht], HIV/AIDS)	Nein	Ja	**Zutreffendes bitte unterstreichen**
Creutzfeldt-Jakob	Nein	Ja	
Lebererkrankungen / Magen-Darm-Erkrankungen / Nierenerkrankung	Nein	Ja	**Zutreffendes bitte unterstreichen**
Osteoporose	Nein	Ja	**Wenn ja, Bisphosphonate?** Ja Nein
Rheumatoide Arthritis	Nein	Ja	
Schilddrüsenerkrankung	Nein	Ja	
Tumorerkrankung	Nein	Ja	**Wenn ja, Bisphosphonate?** Ja Nein
Frühere Operationen?	Nein	Ja	**welche?** ……...
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	Nein	Ja	
Besteht eine Schwangerschaft?	Nein	Ja	

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja **welche?**
.....
.....

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit? Nein Ja
welche?.....

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung? .....

Fragen an unsere <u>neuen</u> 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 **<u>keine Kassenleistung</u>** 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:

<u>Bestellpraxis</u>

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 <u>100.- € pro Stunde für die Mundhygiene und 200.- € pro Stunde für die zahnärztliche Behandlung</u> 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)