

Anamnesebogen



Herr Frau _____

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Name der Krankenkasse / Versicherung

- Zusatzversicherung
- Gesetzlich versichert
- Beihilfeberechtigt
- Privat versichert - nicht im Standardtarif oder
Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen)
- Privat versichert - im Erweiterten Standardtarif
(Basistarif-Bedingungen)
- Privat versichert - im Standardtarif

Überweisender Arzt

Name, Adresse, Telefon

Hausarzt

Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Versicherter/ Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Versicherter/Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum, Ort

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Anamnesebogen



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzliche Informationen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:		
- Hoher Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Herzklappenerkrankung/-defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Infektionserkrankungen:		
- HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- MRSA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- andere: _____		_____
Allergien / Unverträglichkeiten:		
- Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Antibiotika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- andere: _____		_____
Weitere Erkrankungen:		
- Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- andere: _____		_____
Allgemeine Angaben:		
- Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
- Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig
- Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0 bis 10 Zig. <input type="checkbox"/> Über 10 Zig. / Tag
- Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Blutverdünner / Blutgerinnungshemmer: z.B.: ASS 100, Xarelto, Eliquis, Marcumar etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche? _____

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

Anamnesebogen



Wichtige Informationen:

- ✓ Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Einzelheiten dazu entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.
- ✓ Falls Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir zu Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihre Krankenversichertenkarte benötigen. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, diese innerhalb von 14 Tagen nach Behandlungsbeginn vorzulegen, bitten wir um Mitteilung, da wir Ihnen andernfalls eine Privatrechnung schicken müssen.
- ✓ Können Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten, bitten wir Sie, diesen spätestens 48 Stunden vorher abzusagen, da wir Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit in Rechnung stellen müssen (§304, 615 BGB).
- ✓ Wir möchten Sie außerdem darauf hinweisen, dass es aufgrund von Notfallbehandlungen zu einer Verzögerung Ihrer Behandlung kommen kann. Vielen Dank für Ihr Verständnis!
- ✓ Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen
- ✓ Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.
- ✓ Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Ihr Praxisteam

**Dr. med. dent. Stephanie, MSc
Andreas Schneider**

Quickbornerstr. 96

13439 Berlin

Telefon (030) 415 16 26

E-Mail praxis@zahnaerzte-schneider-berlin.de

www.zahnaerzte-schneider-berlin.de