Dr. Klingelhöfer Zahnärzte

ANAMNESEBOGEN

Unser Team heißt Sie herzlich willkommen in unserer Praxis. Zur Anmeldung bitten wir Sie um einige persönliche Angaben.

Patient: _____
Vorname | Name | Geburtsdatum | Geburtsort

Mitglied: _____
Vorname | Name | Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße | PLZ und Ort

Telefon: _____
Privat | Geschäftlich | Handy

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert ... ☐ Ja ☐ Nein privat versichert ..... ☐ Ja ☐ Nein Basis-/ Studententarif... ☐ Ja ☐ Nein
Zusatzversicherung..... ☐ Ja ☐ Nein beihilfeberechtigt.... ☐ Ja ☐ Nein

Übernimmt Ihre Krankenkasse die jährliche professionelle Zahnreinigung..... ☐ Ja ☐ Nein

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes: _____

Grund Ihres Zahnarztbesuches: _____

ZU IHRER EIGENEN SICHERHEIT BITTEN WIR UM FOLGENDE ANGABEN

Leiden Sie an ...

Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ..... ☐ Ja ☐ Nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C, Tbc, o.a.)?.. ☐ Ja ☐ Nein
Internistische Erkrankungen (Diabetis, Nierenfunktionsstörung, o.a.)?..... ☐ Ja ☐ Nein
HIV?..... ☐ Positiv ☐ Negativ
Wenn ja, befinden Sie sich in ärztlich kontrollierter antiretroviraler Therapie (ART) ..... ☐ Ja ☐ Nein
Sonstige Krankheiten?..... ☐ Ja ☐ Nein

_____
Bitte zählen Sie alle Erkrankungen auf

Müssen Sie vor der Zahnreinigung eine Endocarditis-Prophylaxe erhalten?... ☐ Ja ☐ Nein

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- & Kieferbereich? _____

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus →

Allergien?... ☐ Ja ☐ Nein _____
Wenn ja, wogegen?

Latex Allergie?... ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Medikamente ein ?... ☐ Ja ☐ Nein _____
Wenn ja, welche? (Gerne können Sie uns eine aktuelle Liste aushändigen)

Blutverdünnende Medikamente?... ☐ Ja ☐ Nein _____
Wenn ja, welche?

_____
Falls ja, wer verordnet die blutverdünnenden Medikamente?

Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen?... ☐ Ja ☐ Nein

_____
Wenn ja, gegen welche

Bisphosphonate? ..... ☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie schwanger? ..... ☐ Ja ☐ Nein
Stillen Sie zurzeit? ..... ☐ Ja ☐ Nein

IN EIGENER SACHE

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ von einem Arzt überwiesen ☐ von Bekannten empfohlen ☐ Telefon- / Branchenbuch ☐ Zeitungsanzeige ☐ Praxisschild

☐ Internet, über die Seite _____ ☐ Überweisung von _____

☐ Sonstige _____

Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unseren Internetauftritt angesehen? ..... ☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie in unser Recall-Programm aufgenommen werden? ..... ☐ Ja ☐ Nein

DATENSCHUTZ

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Praxis der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes unterliegt.

Über Veränderungen meines Gesundheitszustandes werde ich die Praxis informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

_____
Ort, Datum Unterschrift