

# ANAMNESE

## PATIENTENANMELDUNG

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir ein eigenes Labor haben. Die Entscheidung, welches Labor im Einzelfall zum Einsatz kommt, wird ausschließlich nach medizinischen und durch die Behandlung vorgegebenen Kriterien mit Ihnen gemeinsam getroffen.

### HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Praxis Dr. Happe & Kollegen

<b>PATIENT</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Vorname
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>VERSICHERTE PERSON</b>	Geburtsdatum	Geburtsort
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Vorname
<b>ANSCHRIFT</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße / Hausnummer	Telefon
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>KRANKENKASSE / VERSICHERUNG</b>	PLZ / Ort	E-Mail
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Mitgliedsnummer
<b>BERUF</b>	<input type="text"/>	
<b>ARBEITGEBER</b>	<input type="text"/>	
<b>ÜBERWIESEN / EMPFOHLEN DURCH</b>	<input type="text"/>	

**Für Kassenpatienten:** Wir brauchen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und stellen Ihnen diese gemäß GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) in Rechnung.

Wünschen Sie, von uns über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgungen informiert zu werden, auch wenn diese von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden?  Ja  Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?   Ja  Nein

Möchten Sie das ästhetische Erscheinungsbild Ihrer Zähne verbessern?  Ja  Nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Ich willige in die Veröffentlichung von zahnärztlichen Fotos im Rahmen wissenschaftlicher Vorträge und Veröffentlichungen ein.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift

**BITTE WENDEN ▶**



**ÄRZTLICHE BEHANDLUNG**

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher  Ja  Nein  
Behandlung?

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

**HAUS- / FACHARZT** (Name / Anschrift / Telefon)

**MEDIKAMENTE**

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

**ALLERGIEN**

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

**HERZERKRANKUNGEN**

Herzschwäche (Insuffizienz)?  Ja  Nein

Unregelmäßiger Herzschlag  Ja  Nein

(Arrhythmien)?

Herzasthma / Angina pectoris?  Ja  Nein

Herzschrittmacher /  Ja  Nein

Herzklappenersatz?

Sonstiges?

**KREISLAUFERKRANKUNGEN**

Zu hoher Blutdruck?  Ja  Nein

Zu niedriger Blutdruck?  Ja  Nein

Zustand nach Herzinfarkt?  Ja  Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende  Ja  Nein

Medikamente ein?

Sonstiges?

**KREBS- / TUMORERKRANKUNGEN**

Wenn ja, welche Art?  Ja  Nein


**ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS**

Epileptiforme Anfälle?  Ja  Nein

Krämpfe?  Ja  Nein

Sonstiges?

**VEGETATIVE ERKRANKUNGEN**

Ohnmachtsanfälle?  Ja  Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder  Ja  Nein

Beruhigungsmittel?

Sonstiges?

**STOFFWECHSELERKRANKUNGEN**

Zuckerkrankheit (Diabetes)?  Ja  Nein

Magen-Darm-Erkrankungen?  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein

Sonstiges?

**BLUTERKRANKUNGEN**

Blutungsneigung (Hämophilie)?  Ja  Nein

Blutarmut (Anämie)?  Ja  Nein

Sonstiges?

**INFEKTIONSKRANKHEITEN**

Leberentzündung / Gelbsucht  Ja  Nein

(Hepatitis A / B / \_\_\_\_\_)?

Tuberkulose?  Ja  Nein

Chronische Atemwegserkrankungen?  Ja  Nein

HIV (Aids)?  Ja  Nein

Sonstiges?

**WEITERE ANGABEN**

Sind Sie drogen- oder  Ja  Nein

alkoholabhängig?

**RÖNTGEN**

Wurden Sie im letzten Jahr im  Ja  Nein

Kopf- / Kiefer- / Zahnbereich geröntgt?

Wenn ja, wo?

*Unsere digitalen Geräte gewährleisten eine mög-  
lichst geringe Strahlendosis.*

**SCHWANGERSCHAFT**

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, im wievielten Monat?

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.**

Datum

Unterschrift

