

Anmelde - und Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

unser Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen! Damit wir Sie optimal betreuen können, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen, denn auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung und Ihre Mundgesundheit haben. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Herzlichen Dank!

Persönliches:

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Straße/Hausnummer:

Telefon, Festnetz:

Telefon, mobil:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Ihr Hausarzt (Name und Anschrift, wenn parat):

Krankenversicherung:

Krankenkasse:

- Gesetzlich versichert Privat versichert Privat versichert zum Basistarif Beihilfeberechtigt
 Zusatzversicherung

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

PLZ:

Ort:

Straße/Hausnummer:

Wie wurden Sie auf unsere Zahnarztpraxis aufmerksam?

- Persönliche Empfehlung Internet Telefonbuch Im Vorbeigehen
 Überweisender Arzt Sonstiges:

Allgemeine Gesundheitssituation:

	nein	ja
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck (Ohnmachtsneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... wenn ja, wie hoch war Ihr letzter HbA1c-Wert:		
Bluterkrankheit (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... wenn ja, welche:		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... wenn ja, gegen welche Stoffe:		
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... wenn ja, welche:		

Infektionskrankheiten:

	nein	ja
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Medikamente:

	nein	ja
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche:		
<input type="checkbox"/> Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Heparin)		
<input type="checkbox"/> Schmerzmittel		
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate		
<input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente:	

Sonstige Fragen:

	nein	ja
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag:		
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarcht Ihr Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... wenn ja, welcher Monat:		

Mundgesundheitsituation:

	nein	ja
Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischprobleme? Blutungen beim Zähneputzen? Zahnfleischrückgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Mundgeruch oder einem schlechten Geschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmäßig halbjährlich / jährlich professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewünschte Leistungen:

	nein	ja
Ich möchte die optimale Versorgung. Bitte klären Sie mich über sinnvolle Zusatzleistungen und deren Kosten auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte nur eine Behandlung in Anspruch nehmen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassenleistungen liegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie in unser Recall-System zur Terminerinnerung aufgenommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie dürfen wir Sie an Ihren Termin erinnern? <input type="radio"/> telefonisch <input type="radio"/> per SMS <input type="radio"/> per E-Mail		

Wir sind eine reine Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. **Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.** So haben wir die Chance, ausgefallene Termine anderen Patienten anzubieten. Dabei weisen wir Sie darauf hin, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine laut einem Gerichtsurteil des Amtsgericht Fulda vom 16.05.2002 (AZ 34 C 120/0/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

DENTAL CORNER - Dr. med. dent. Susanne Magin | Bockenheimer Anlage 38 | 60322 Frankfurt am Main
 Telefon: 069 97 09 78 81 | Fax: 069 97 09 78 82 | E-Mail: praxis@dental-corner.de | Web: www.dental-corner.de