

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Mit diesem Patientenerhebungsbogen helfen Sie uns, Sie besser behandeln zu können. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich.

Kontaktdaten

Familienname:
Vorname:
Straße/Hausnummer:
PLZ/Wohnort:
Geburtsdatum:
Versichertenstatus (privat/gesetzlich):
Berufliche Tätigkeit:
Telefonnummer:
Handynummer:
E-Mail:
Hausarzt/Name:
Hausarzt/Telefonnummer:
Hausarzt/Anschrift:

Herz-/Kreislaufkrankungen

Akute Schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich:	Ja	Nein
Aktueller Infekt:	Ja	Nein
Hoher Blutdruck:	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck:	Ja	Nein
Herzoperation/Gefäß-OP/Bluttransfusionen:	Ja	Nein
Herzklappenersatz:	Ja	Nein
Herzschrittmacher:	Ja	Nein
Endokarditis:	Ja	Nein
Herzoperation/Gefäß-OP/Bluttransfusionen:		

Immunsupprimierte Personen

Hochgradige Neutropenie:	Ja	Nein
Mukoviszidose:	Ja	Nein
Organ transplantiert:	Ja	Nein
Stammzellen transplantiert	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Infektiöse Erkrankungen (bakterielle, virale oder Prionenerkrankung)

HIV-Infektion/Stadium AIDS:	Ja	Nein
Lebererkrankung/Hepatitis:	Ja	Nein
Tuberkulose:	Ja	Nein
MRSA:	Ja	Nein
Creutzfeld-Jakob-Krankheit(CJK) / Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vGJK):	Ja	Nein
Psychische Erkrankung:	Ja	Nein
Medikamente:	Ja	Nein
Aktuelle physiotherapeutische Behandlung:	Ja	Nein

Sonstige Krankheitsbilder

Anfallsleiden (Epilepsie):	Ja	Nein
Asthma/Lungenerkrankung;	Ja	Nein
Blutgerinnungsstörungen:	Ja	Nein
Diabetes/Zuckerkrankheit/Stoffwechselerkrankung:	Ja	Nein
Drogenabhängigkeit:	Ja	Nein
Nervenerkrankung:	Ja	Nein
Nierenerkrankungen:	Ja	Nein
Ohnmachtsanfälle:	Ja	Nein
Osteoporose Erkrankung:	Ja	Nein
Raucher:	Ja	Nein
Rheuma/Arthritis:	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung:	Ja	Nein
Sonstige Erkrankungen:	Ja	Nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie/Spritzen:	Ja	Nein
Antibiotika:	Ja	Nein
Schmerzmittel/andere Medikamente:	Ja	Nein
Latex:	Ja	Nein
Metalle?	Ja	Nein
<i>Wenn ja, welche?</i>		

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft/Stillen Sie?	Ja	Nein
<i>Wenn ja – Monat/Jahr:</i>		

Röntgen (1 Jahr in Vergangenheit)

Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen angefertigt?	Ja	Nein
<i>Wenn ja – welche und wann?</i>		

Einnahme von Medikamenten

Aktuelle Medikamente:		
Medikament 1: Einnahme seit:		
Medikament 2: Einnahme seit:		
Medikament 3: Einnahme seit:		
Medikament 4: Einnahme seit:		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	Ja	Nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	Ja	Nein
Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?	Ja	Nein
Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva?	Ja	Nein
Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?	Ja	Nein

Weitere Informationen

Sind Unfälle im Mund- und Gesichtsbereich bei der Berufsgenossenschaft gemeldet?	Ja	Nein
Befinden sich Implantate/Hörimplantate im Mund- und Gesichtsbereich?	Ja	Nein
Befinden Sie sich in einer kieferorthopädischen Behandlung?	Ja	Nein
Zahnfleischbluten:	Ja	Nein
Zahnsensibilitäten:	Ja	Nein
Schluckprobleme:	Ja	Nein
Mundtrockenheit:	Ja	Nein
Haben Sie einen Pflegegrad?	Ja	Nein
<i>Wenn ja – welchen?</i>		
Haben Sie einen Betreuer?	Ja	Nein
Was ist der Grund für Ihren heutigen Zahnarztbesuch?	Ja	Nein

ANAMNESEBOGEN FÜR ERWACHSENE

Ich bin darüber informiert, dass die Zahnarztpraxis Thomas Wendt mir entstandene Privatleistungen sowie Eigenanteilsordnung nach Leistungserbringung in Rechnung stellt und sofort in bar oder mit EC-Karte bezahlt werden.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend eine Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Weitere administrativ wichtige Informationen

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger personenbezogener Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder Zahnärztekammern sein.

Hiermit bestätige ich, dass die Unterlagen und Röntgenbilder zu medizinischem Zweck sowohl weitergeleitet als auch von uns angefordert werden dürfen.

Datum: _____

Unterschrift: _____