

Anamnese Zahnarztpraxis Tscharnke

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Gesundheitsbogen für Ihre zahnärztliche Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie den Fragenbogen sorgfältig aus. Er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Gerne helfen wir Ihnen bei Fragen weiter und danken für Ihre Mitarbeit.

Patientendaten

Nachname:

.....

Vorname:

.....

Strasse:

.....

Hausnummer:

.....

PLZ:

.....

Ort:

.....

Geburtsdatum:

.....

Telefon Festnetz:

.....

Telefon mobil:

.....

E-Mail:

.....

Hausarzt:

.....

Vorheriger Zahnarzt (bei Neupatienten)

.....

Beruf

.....

Versicherte:r Vorname (falls diese vom Patienten abweichen!)

.....
Versicherte:r Nachname (nur falls diese vom Patienten abweichen!)

.....
Versicherte:r Geburtsdatum (falls diese vom Patienten abweichen!)

.....
Versicherte:r Strasse (falls diese vom Patienten abweichen!)

.....
Versicherte:r Hausnummer (falls diese vom Patienten abweichen!)

.....
Versicherte:r PLZ (falls diese vom Patienten abweichen!)

.....
Versicherter Ort (falls diese vom Patienten abweichen!)

.....
Frage zu Ihrem Versichertenstatus

Haben Sie eine ...

- ☐ Zahnzusatzversicherung
- ☐ Beihilfe

Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? Falls nicht aufgeführt - bitte unten ergänzen

- ☐ Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
- ☐ Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
- ☐ Epilepsie (Anfallsleiden)
- ☐ Apoplex (Schlaganfall)
- ☐ Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD)
- ☐ Glaukom (erhöhter Augendruck)
- ☐ Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Hepatitis A / B / C (Gelbsucht)
- ☐ Magen-Darm-Erkrankungen (chronisch)
- ☐ Immunmangel (HIV)
- ☐ Osteoporose Bisphosphonate
- ☐ MRSA-Keime
- ☐ Rheuma
- ☐ Herzinfarkt / Herzinsuffizienz
- ☐ Sonstige:

Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, welche sind das?

.....
Bestehende Allergien/Unverträglichkeiten, zutreffendes bitte auswählen

- ☐ Latexallergie
- ☐ Jodallergie

- ☐ Nickelallergie
☐ Penicillinunverträglichkeit
☐ Schmerzmittelunverträglichkeit
☐ Betäubungsmittelunverträglichkeit
☐ Amalgamallergie (nachgewiesen)
☐ Sonstige:

Sind Sie im letzten Jahr im Kopf/Kieferbereich geröntgt worden?

- ☐ Nein
☐ Ja, wo?
☐ Sonstige:

Ihre Wünsche für eine individuelle Behandlungsplanung. Worauf legen Sie bei einer zahnärztlichen Behandlung besonderen Wert?

.....

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

.....

...an unsere PatientINNEN:

- ☐ bestehende Schwangerschaft
☐ Schwangerschaft z.Zt ungewiss / vermutet

Notfalldatenmanagement (in einem medizinischen Notfall können wichtige notfallrelevante Informationen direkt von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) abgerufen werden). Ich stimme dem Abruf der Notfalldaten zu.

- ☐ Ja
☐ Nein

Bestätigung der Angaben im Anamnesebogen

Hiermit bestätige ich, dass die von mir im Anamnesebogen gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Erinnerungsservice

Wir führen in unserer Praxis einen kostenlosen Erinnerungsservice (per Post oder per E-mail) für Ihre regelmäßigen Kontrollbesuche durch.

Diesen können Sie jederzeit verändern oder beenden. Wie möchten Sie gerne teilnehmen?

Post

- ☐ Ja
☐ Nein

E-Mail

- ☐ Ja
☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Wir sind eine Terminpraxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine Fixtermine sind. Wir halten uns nur für Ihre Behandlung diese bestimmte Zeitspanne frei und dürfen Sie deshalb bitten, diese Termine unbedingt einzuhalten. Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie uns Ihre Verhinderung mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitteilen. Gerne sind wir dann bereit, mit Ihnen einen neuen Termin zu vereinbaren. Sollten Sie einen fest vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, ohne uns über diesen Umstand rechtzeitig vorher in Kenntnis gesetzt zu haben, dürfen wir Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihnen in diesem Falle eine Entschädigung in Rechnung gestellt werden kann (§§ 615/ 280 BGB). Berechnungsgrundlage für das in diesem Falle anfallende "Ausfallhonorar" ist der durchschnittliche Kostenfaktor für eine Praxisstunde. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Kommunikation

per Email

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kommunikation mit mir per E-Mail erfolgt und mir Unterlagen, Befunde sowie weitere Informationen per E-Mail zugesandt werden. Mir ist bewusst, dass die Übermittlung per E-Mail mit bestimmten Datenschutz- und Sicherheitsrisiken verbunden sein kann. Die Einwilligung zur Kommunikation per E-Mail sowie zur Zusendung von Unterlagen per E-Mail kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Aus dem Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Nach Eingang des Widerrufs erfolgt die weitere Kommunikation per Post oder telefonisch.

Ich stimme der Email-Kommunikation zu:

☐ Ja

☐ Nein

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärztin sowie das medizinische Fachpersonal der Zahnarztpraxis Tscharnke von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich willige ein, dass die für meine Behandlung erforderlichen Informationen und Unterlagen mit anderen Ärzten und Praxen ausgetauscht und relevante Befunde eingeholt bzw. weitergegeben werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Aus dem Widerruf entstehen mir keine Nachteile.

Ich stimme der Schweigepflichtsentbindung zu:

☐ Ja

☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient