

Anamnesebogen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Herr/Frau Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Mitglied/Versicherter: Name _____ Vorname _____ geb./Ort _____

Anschrift: PLZ _____ Ort _____

 Straße/Nr. _____ E-Mail _____

 Telefon _____ mobil _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Name der Krankenkasse/Privatkrankenkasse _____

beihilfeberechtigt zusätzlich versichert freiwillig versichert

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herz			Augen		
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Star/Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star/Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atmungswege/Lunge		
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypassoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Trakt		
Schrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____			Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf			Blase/Nieren		
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber		
Blut			Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

	Ja	I	Nein		Ja	I	Nein
Bewegungsapparat							
Rheuma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Gicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Zentrales Nervensystem							
epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel							
Diabetes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Besitze Sie einen Allergiepass? Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:							
Haut und /oder Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
HIV beziehungsweise AIDS, Tuberkulose	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Sonstige medizinisch wichtigen Informationen:							
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Weitere administrativ wichtige Informationen?			
Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)			
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Die zahnärztliche Anästhesie als besonders bewährte Form der lokalen Schmerzausschaltung birgt in ganz seltenen Fällen die Komplikation der temporären oder permanenten Nerv- und Gefäßschädigung.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner zum Einzug meiner Forderungen notwendigen persönlichen Patienten-/Behandlungsdaten, wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, evtl. Tarife, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung an die Abrechnungsgesellschaft zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honorarforderung. In demselben Umfang entbinde ich Herrn Dr. Arnd Mersmann, Dr. Jan-Erik Prokosch und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mir darüber bewusst, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und ich diese jederzeit widerrufen kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen meiner Daten informiert bin und erkläre freiwillig mein Einverständnis.

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)