

Patient*in

Name	Vorname	geb.
------	---------	------

Versicherte*r

(falls abweichend) Name	Vorname	geb.
-------------------------	---------	------

Anschrift

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
--------------------	-----	---------

Telefon privat	Handy	e-mail	Geburtsort
----------------	-------	--------	------------

Krankenkasse/Versicherung

Welche Wünsche/Erwartungen haben sie an unserer Praxis?

Besteht Interesse an einer professionellen Reinigung der Zähne? ja nein

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor? ja nein
Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie eine elektronische Patientenakte (ePa)? ja nein

Besteht eine private Zusatzversicherung? ja nein

NUR FÜR PRIVATVERSICHERTE:

Sind Sie Beihilfeberechtigt? ja nein

Wenn ja, soll Behandlung nur nach Richtlinien der Beihilfe erfolgen? ja nein

Soll Behandlung nur nach Standardtarif erfolgen? ja nein

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, diesen Termin bis **spätestens 24 Stunden vorher** abzusagen.

Wir werden Sie regelmäßig an anstehende Untersuchungstermine erinnern. Wenn dies nicht gewünscht ist, bitten wir um Mitteilung.

Wir weisen darauf hin, dass in dieser Praxis aus verwaltungstechnischen Gründen eventuell nötige Rechnungen über eine **zahnärztliche Rechnungsstelle** verschickt werden. Wir bitten Sie uns Ihr Einverständnis hierfür auf dem beiliegenden Formular zu geben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGb sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Mit den Bestimmungen des Datenschutzes sowie der Anästhesieaufklärung erkläre ich mich einverstanden. (gemäß Regelung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung, Artikel 4 Nr. 7 - auf Wunsch einsehbar) Ebenso stimme ich dem Versand von Röntgenbildern zu.

Datum _____

Unterschrift _____



Anamnese

Patient

Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.

Versicherter

(falls abweichend) Name Vorname geb.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen: (zutreffendes bitte ankreuzen und unterschreiben)

- Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein wann? _____
- Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein wann? _____
- Haben Sie eine Herzinsuffizienz oder Herzschwäche? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Haben Sie Herzrhythmusstörungen oder einen Herzschrittmacher? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Haben Sie einen Herzfehler oder besteht ein Endokarditis-Risiko? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein
- Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein
- Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein (zutreffendes bitte unterstreichen)
- Hatten/haben Sie eine Gelbsucht (Hepatitis) ja nein wann? _____ Typ? _____
- Hatten/haben Sie eine Infektionskrankheit (Tbc, AIDS, o. ä.)? ja nein wann? _____
- Haben Sie Asthma oder sonstige Atemwegserkrankungen? ja nein welche? _____
- Haben Sie Diabetes? ja nein
- Haben Sie Allergien? ja nein welche? _____
- Haben Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie)? ja nein
- Haben Sie ein Nervenleiden? (z.B. Depressionen) ja nein welche? _____
- Haben Sie einen erhöhten Augendruck? (Grüner Star) ja nein
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Lebererkrankung? ja nein
- Haben Sie eine Nierenerkrankung? ja nein
- Haben Sie Osteoporose? ja nein
- Hatten/haben Sie eine Tumorerkrankung? ja nein welche? _____
- Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss Woche _____
- Leiden Sie an anderen Krankheiten? ja nein welche? _____

- Konsumieren Sie regelmäßige Drogen? ja nein
- Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
- Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein welche? _____

Wann wurde das letzte bildgebende Verfahren angewendet?(Röntgen, CT, MRT o.ä.) _____ wo? _____

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Sonstige Angaben, die Ihnen wichtig erscheinen _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGb, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum _____

Unterschrift _____