



Zahnarztpraxis Andreas Grünefeld

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____ Geburtsdatum/Ort _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein
Zusatzversicherung ja nein beihilferechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes:

Wurden Sie an uns empfohlen oder überwiesen?

Wenn ja von wem? _____

Grund Ihres Zahnarztbesuches: _____

Möchten Sie in unser **RECALL-PROGRAMM** aufgenommen werden ja nein

Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?

Ich möchte gern ¼ jährlich ½ jährlich jährlich an meine Termine erinnert werden.

Wünschen Sie eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung ja nein

Wurde in letzter Zeit eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt? ja nein

Wurde in den letzten zwei Jahren eine Röntgenaufnahme von den Zähnen gemacht?

Wenn ja von wem? _____

Sind Sie Raucher? ja nein

Leiden Sie unter:

- Zahnfleischproblemen Parodontitis überempfindlichen Zähnen
 Kiefergelenksproblemen Mundgeruch



Bitte wenden!



Zahnarztpraxis Andreas Grünefeld

Leiden Sie an:

Herz- / Kreislauf-Erkrankungen? ja nein
!Herzschrittmacher ja nein
Osteoporose? ja nein

Sind Sie auf eine Endokarditis-Prophylaxe angewiesen? ja nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, AIDS o.a.)? ja nein
inneren Krankheiten (Diabetes, Nierenfunktionsstörung, Schilddrüse o.a.)?..... ja nein

Asthma? ja nein

Sonstige Krankheiten:

Arzneimittelüberempfindlichkeit / Allergien? ja nein
Wenn ja welche _____
Ohnmachtsneigung? ja nein
Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein
Erhielten Sie Chemo- bzw. Bestrahlungstherapien? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Blutverdünnende Medikamente, wenn ja welche? _____

Wer verordnet die blutverdünnenden Medikamente und aus welchem Grund?

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____ ja nein

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen Aufklärung über die Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie, auch örtliche Betäubung genannt, dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn Mund Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind sehr selten mögliche Komplikationen nicht ausgeschlossen wie z.B. ein kleines Hämatom, eine vorübergehende Nervbeeinträchtigung oder eine in Verbindung mit Stress und Angst herabgesetzte Verkehrsbeeinträchtigung.

Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden vorher Bescheid. Andernfalls müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 30.00 € berechnen.

Darüber hinaus möchten wir Sie bitten, die Versichertenkarte immer bei uns vorzulegen, damit die erbrachten Leistungen abgerechnet werden können. Sollte die Versichertenkarte innerhalb von 10 Tagen, nach der letzten Behandlung, nicht nachgereicht werden, muss Ihnen eine Privatrechnung gemäß § 8 Abs. 2 BMV – Z, privat, in Rechnung gestellt werden.

Datum/Ort

Unterschrift (bei Minderjährigen ein Erziehungsberechtigter)