

ANAMNESE PATIENTENANMELDUNG

Herzlich Willkommen in unserer Fachpraxis!

Bei ihrem Erstbesuch in unserer Fachpraxis ist die Erfassung Ihrer Personalien und ihres Gesundheitszustandes für uns sehr wichtig. Diese Angaben helfen uns eine zielgerichtete und risikofreie Behandlung durchführen zu können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

(Bitte leserlich und vollständig ausfüllen)

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum Geburtsort

Versicherte Person: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße/Hausnummer PLZ Ort

Telefon: _____
Handynr. (wichtig für Terminerinnerungen) Telefon E-Mail

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Versicherung gesetzlich: _____
Krankenkasse freiwillig bei Familienvers/Rentner
Private Zusatzvers. bei _____

Versicherung privat: _____
Gesellschaft
Basistarif Beihilfe

Wurden Sie überwiesen? nein ja durch _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Sind Sie mit der Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden? nein ja

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? nein ja _____
Bei wem? Wegen welcher Erkrankung?

Wer ist Ihr Hausarzt? _____
Name / Anschrift

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja _____
Welche?

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? nein ja _____
Welche? z. B. Aspirin, Xarelto, Marcumar

Nehmen Sie Knochenstoffwechsel beeinflussende Medikamente (Bisphosphonate) ein? nein ja

Liegt ein Medikamentenpass vor? nein ja Bitte um Vorlage!

Haben Sie eine Allergie? nein ja _____
Welche?

Liegt ein Allergiepass vor? nein ja Bitte um Vorlage!

Haben Sie Herz-, Kreislauferkrankungen? nein ja _____
Welche?

z.B. Angina pectoris, Herzschwäche (Insuffizienz)

Haben Sie einen hohen niedrigen normalen Blutdruck? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? nein ja _____

Haben Sie ein Herzklappenersatz oder einen künstlichen Gelenkersatz? nein ja _____

Haben Sie einen Herzinfarkt erlitten? nein ja _____
Wann? _____

Treten bei Ihnen gehäuft Ohnmachtsanfälle auf? nein ja _____

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen? nein ja _____
Welche? z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung

Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems? nein ja _____
Welche?

Leiden Sie unter einer Epilepsie? nein ja _____

Haben Sie eine Bluterkrankung? nein ja _____
Welche? z.B. Blutgerinnungsstörung

Haben Sie Infektionserkrankungen? nein ja _____
Welche? z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose

Haben Sie eine Atemwegserkrankung? nein ja _____
Welche? z.B. COPD, Asthma

Sind Sie schwanger? nein ja _____
In welchem Monat/SSW? _____

Wurden Sie im letzten Jahr im Kieferbereich geröntgt? nein ja _____
Bei wem? _____

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig nein ja _____

Rauchen Sie? nein ja _____
Wieviele Zigaretten pro Tag? _____

Wir sind sehr bemüht lange Wartezeiten in unserer Praxis zu vermeiden. Daher bitten wir unsere Patienten Termine, die nicht wahrgenommen werden können, spätestens 24 Std. vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, unentschuldig ausgefallene Termine nach der Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung zu stellen.

In diesem Zusammenhang bedenken Sie bitte auch, dass Schmerzpatienten in unser Bestellsystem eingebunden werden müssen und deshalb gelegentlich unverschuldete Zeitverzögerungen auftreten können. Wir bitten unsere terminierten Patienten diesbezüglich um Verständnis.

Für unsere gesetzlich versicherten Patienten: Wir brauchen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jeder Vorstellung im Quartal in unserer Praxis. Liegt uns auch nach 14 Tagen nach der Behandlung diese nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient und können Ihnen die in Anspruch genommenen Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung stellen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns zukünftige Änderungen der o.g. Angaben unverzüglich mit.

Augsburg, den ____/____/_____

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter