



ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bei Ihrem Erstbesuch 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)

Persönliche Angaben

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherte Person:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Kontaktdaten

Straße / Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

E-Mail-Adresse _____ Mobil _____ Festnetz _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Krankenversicherung

Gesetzlich Private Zusatzversicherung, wenn ja bei _____

Privat Beihilfe Basistarif Standardtarif

Versicherungsgesellschaft: _____

Wurden Sie zu uns überwiesen?

Nein Ja Überweiser _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Google Social Media Sonstiges _____

Dürfen wir Sie per Telefon / E-Mail an die Vorsorgeuntersuchung erinnern? Nein Ja

Dürfen wir Sie per Telefon / E-Mail an bestehende Termine erinnern? Nein Ja

Sie mit der Fotodokumentation einzelner Behandlungsschritte einverstanden? Nein Ja



Praxis für Zahnheilkunde

Dr. med. dent. José F. Castro M.Sc
Gögginger Straße 92, 86199 Augsburg
Tel. 0821 572424 E-Mail praxis@dr-castro.de

Gesundheitsfragen Allgemein

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher
Behandlung? Nein Ja

Hausarzt _____

Facharzt _____

Liegt eine Pflegestufe vor? Nein Ja

Welcher Grad/Stufe? _____

Infektionskrankheiten

Lebererkrankung, Hepatitis A,B,C Nein Ja

MRSA (Krankenhauskeim) Nein Ja

HIV (Immunschwäche) Nein Ja

TBC (Tuberkulose) Nein Ja

Sonstige / Wenn ja, welche?

Herz-Kreislaufferkrankungen

Endokarditis Nein Ja

Angina Pectoris Nein Ja

Hohen Blutdruck Nein Ja

Niedrigen Blutdruck Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Herzklappenfehler / -ersatz Nein Ja

Herzschrittmacher Nein Ja

Haben Sie einen Herzpass? Nein Ja

Allergien

Antibiotika -Allergie Nein Ja

Lokalanästhetika – Allergie? Nein Ja

Latex – Allergie? Nein Ja

Sonstige Allergien Nein Ja

Weitere Erkrankungen

Diabetes melitus Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Ashma / Bronchitis Nein Ja

Erkrankungen der Leber / Niere / des

Magen-Darm-Trakts Nein Ja

Osteoporose Nein Ja

Grüner Star Nein Ja

Tumorerkrankung Nein Ja

Wenn ja, welcher Tumor? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

Blut

Gibt es ein aktuelles Blutbild? Nein Ja

Vitamin D Test? Nein Ja

Blutungsneigung? Nein Ja

Blutgerinnungsstörung / Nein Ja

Faktormangel? _____

Weitere Angaben

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Leiden Sie unter Zahnarztangst? Nein Ja

Gab es schon mal Komplikationen bei

einer Zahnbehandlung? Nein Ja

Zahn-Mund-Situation

Knirschen Sie mit den Zähnen oder leiden Sie
unter Kiefergelenksproblemen? Nein Ja

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Nein Ja

Wann war die letzte zahnärztliche

Röntgenuntersuchung? _____



Medikamente und Ergänzungen

Immunsuppressiva	Nein	Ja
Blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. ASS 100, Marcumar etc)	Nein	Ja
Osteoporose Medikamente (Z.B. Bisphosphonate etc.)	Nein	Ja
Herz-/ Kreislauf Medikamente (z.B. ACE-Hammer, Betablocker etc.)	Nein	Ja

Sonstige Medikamente?

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Führen Sie eine Medikamentenliste? Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel oder pflanzliche Präparate ein?

(z.B. Vitamin D, Zink, Magnesium, Johanniskraut, Gingko, Omega-3, Kurkuma etc.)

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Lebensstil und Gewohnheiten

Ernährung

Wie würden Sie Ihre Ernährungsweise einschätzen?

Normalkost Vegetarisch Vegan Zuckerreich / Säurehaltig

Werden aktuell Diäten oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen?

Ja – welche: _____

Rauchen oder Nikotinprodukte

Nein Ja – Art und Menge: _____

Alkoholkonsum

Wie häufig konsumieren Sie Alkohol?

Nie Selten Regelmäßig Täglich

Mundgesundheit und Pflegegewohnheiten

Mundtrockenheit und Schleimhäute

Haben Sie häufig ein trockenes Mundgefühl oder Schwierigkeiten beim Schlucken?

Nein Ja Gelegentlich

Zahnpflege und Hilfsmittel

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne?

1x täglich 2x täglich Mehr als 2x täglich

Welche Hilfsmittel verwenden Sie zusätzlich?

Zahnseide Interdentalbürsten Zungenschaber Mundspüllösung



Praxis für Zahnheilkunde

Dr. med. dent. José F. Castro M.Sc
Gögginger Straße 92, 86199 Augsburg
Tel. 0821 572424 E-Mail praxis@dr-castro.de

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung! Wir heißen Sie herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur wenige Wartezeiten. Um diese einzuhalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte sagen Sie Ihren **Termin spätestens 24 Stunden** vorher ab, damit wir diese Lücke wieder besetzen können. Anderenfalls sehen wir uns gezwungen eine Ausfallrechnung (gemäß BGB) zu stellen. Wir führen Terminwartelisten, die Sie bei Bedarf gerne nutzen können. Bitte sprechen Sie uns an.

Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:

Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatrechnung erfolgen, bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiven Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden. Material- und Laborkosten werden gemäß GOZ §9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Mit einer Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen der Datenschutzverordnung. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Patient

ggf. gesetzlicher Vertreter