

Zahnarztpraxis
Anette Maria Kolb
Haingasse 6
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172- 288868
anette.kolb@t-online.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Meine Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, da wir Ihnen sonst die Kosten für die ungenutzte Zeit (Ausfallentgelt gem. §§ 304, 611, 615 BGB jede angefangene 1/2 Std. wird mit 65€ berechnet) in Rechnung stellen können.

ALLGEMEINER ANAMNESEBOGEN

..... Name	 Vorname
..... Geb. Datum	 Geburtsort/Land
..... Tel. Privat	 Tel. tagsüber/geschäftlich
..... Straße/Hausnummer	 PLZ + Ort
..... E-Mail	 Beruf

(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)

- | | |
|---|---|
| ☐ Gesetzlich versichert | ☐ Privat versichert |
| ☐ Nutzen Sie die Elektronische Patientenakte (ePA) | ☐ Private Zusatzversicherung |
| ☐ Selbstzahler | ☐ Beihilfeberechtigt |
| | ☐ Basistarif/Standardtarif |

1. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahren im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, weshalb:

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?.....

.....

.....

3. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar/Ass/ Eliquis)? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?.....

4. Allergische Reaktionen auf Medikamente Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?.....

.....

.....

5. Haben Sie eine

– Penicillinallergie? Ja ☐ Nein ☐

– Jodallergie? Ja ☐ Nein ☐

– Latexallergie? Ja ☐ Nein ☐

– Weitere Allergien?

6. Besitzen Sie einen Allergiepass? Bitte als Kopie vorlegen Ja ☐ Nein ☐

7. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja ☐ Nein ☐

– Angeborener oder erworbener Herzfehler? Ja ☐ Nein ☐

– Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? Ja ☐ Nein ☐

– Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja ☐ Nein ☐

– Herzoperationen? Ja ☐ Nein ☐

– Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Defi? Ja ☐ Nein ☐

– Andere Beschwerden

.....

8. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?

– Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? Ja ☐ Nein ☐

– Lebererkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

– Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? Ja ☐ Nein ☐

– Zu hoher Blutdruck? Ja ☐ Nein ☐

– Wie hoch?.....

– Zu niedriger Blutdruck Ja ☐ Nein ☐

– Wie niedrig?.....

– Schlaganfall? Ja ☐ Nein ☐

– Nierenerkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

– Diabetes? Ja ☐ Nein ☐

- Magen-Darmerkrankung? Ja ☐ Nein ☐
- Schilddrüsenerkrankung Ja ☐ Nein ☐
- Wenn ja, welche.....
- Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? Ja ☐ Nein ☐
- Asthma/ Lungenerkrankungen? Ja ☐ Nein ☐
- Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? Ja ☐ Nein ☐
- Nervenerkrankungen? Ja ☐ Nein ☐
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? Ja ☐ Nein ☐

– Sonstige Erkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

.....

9. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, in welchem Körperbereich?

.....

10. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

.....

11. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? Ja ☐ Nein ☐

12. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja ☐ Nein ☐

13. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?

In welchem Körperbereich?

.....

Bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, in welcher Woche?.....

14. Name und Anschrift des Hausarztes:

.....

.....

15. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle etc.)?

.....

.....

16. Möchten Sie an unserem Recallprogramm teilnehmen und nach individuell festgelegtem Intervall an Ihre Vorsorgetermine erinnert werden?

Ich möchte teilnehmen: Ja ☐ Nein ☐

16.1. Zusatzversicherung

Ja ☐ Nein ☐

16.2 Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Internet | ☐ |
| Jameda | ☐ |
| Heilpraktiker | ☐ |
| wenn ja von wem | |
| Bekannter | ☐ |
| wenn ja von wem | |
| Arzt | ☐ |
| wenn ja von wem | |

Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:
Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die hier gedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre personenbezogenen Daten im Laufe der Behandlung von uns verarbeitet werden und bei Notwendigkeit zum Beispiel an unser Labor und/oder Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten