



GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR ZAHNMEDIZIN
M. R. Khaghani, Dr. K. Peplow & Kollegen

ANAMNESEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Krankenversicherung

Privatversichert Basistarif Standardtarif

Gesetzlich versichert Pflichtversichert

Für Kassenpatienten:

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis.
Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der GOZ.

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, seit wann? _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, bei wem sind Sie mitversichert?

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Angaben zu Ihrer Person

Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (Privat) Telefon (Mobil) E-Mail

Beruf Arbeitgeber Telefon (Arbeitsplatz)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ihr Gesundheitszustand

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Ihr behandelnder Arzt: _____
Name, Adresse, Telefonnummer

Bitte wenden!

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Blutdruckmedikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Bisphosphonate	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzmedikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenmedikamente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schmerzmittel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar oder ASS	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kortison	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Keine	<input type="radio"/> Ja	
Antidepressiva	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein			

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein? _____

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit / Allergie?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Allgemeine Gesundheitsfragen

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzasthma / Angina pectoris	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Magen-Darmerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher / Herzklappenersatz	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schilddrüsenenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Epilepsie	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheuma	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutungsneigung (Hämophilie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Osteoporose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Blutarmut (Anämie)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Endokarditis / -prophylaxe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Infektionskrankheiten		
Schlaganfall	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / ____)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Immunsuppression	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Tuberkulose	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tumorerkrankung / Chemotherapie / Bestrahlung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Asthma etc.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	HIV / Aids	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	MRSA	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Verlängerte Blutungszeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Creutzfeldt-Jakob-Krankheiten / Varianten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Unser Service für Sie

Wünschen Sie insbesondere über unser individuelles Prophylaxeprogramm informiert zu werden? Ja Nein

Um Ihre Zähne langfristig gesund zu halten, möchten wir Ihnen anbieten, Sie in unser Vorsorge-System aufzunehmen. Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten: Per Post Per E-Mail

Wünschen Sie Informationen zu jährlichen Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen und Zahnreinigungen? Ja Nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____

Unterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.