

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versichertennummer	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Anamnesebogen

Um Ihren Besuch bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Da die Zahnmedizin häufig auch andere Gebiete der Medizin berührt, ist es zu Ihrer Sicherheit wichtig, zunächst ein paar allgemein-medizinische Dinge zu klären. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dienen lediglich dazu, unsere

Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Dieser Bogen und notwendige Aktualisierungen werden Ihrer Patientenkartei hinzugefügt. Bevor wir uns also über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen natürlich gern behilflich.

**\*\* Bitte beachten Sie unbedingt die Hinweise auf Seite 2 und unterschreiben dort zweimal! \*\***

Name	Vorname	geboren, am
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Tel. privat	Tel. mobil	
Tel. Arbeit	E-Mail	

Im Interesse Ihrer Zahngesundheit erinnern wir Sie gern an Ihre nächsten größeren Behandlungstermine.

Nein, ich möchte KEINE Terminerinnerung erhalten

PATIENTENDATEN

**Wie sind Sie krankenversichert?**

gesetzlich     privat bei, \_\_\_\_\_

erstattungsbeschränkter Tarif (Basis-, Standard-, Studententarif o.ä. => ggf. Beschränkung auf \_\_\_\_\_)

beihilfeberechtigt

Besteht eine Zahnzusatzversicherung:  nein     ja, bei \_\_\_\_\_

**VERSICHERTENDATEN** falls abweichend vom Patienten - in diesem Fall Rechnung bitte an:  Patienten     Versicherten

Versicherter (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

KRANKENVERSICHERUNG

Wer ist Ihr behandelnder Haus-/ Facharzt? \_\_\_\_\_

<p><b>Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?</b></p> <p>Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen    <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Starke Schmerzempfindlichkeit    <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Starker Würgereiz    <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Sonstiges _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Wünschen Sie ...</b></p> <p>zahnfarbene Kunststofffüllungen auch im Seitenzahnbereich?    <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>eine professionelle medizinische Zahnreinigung?    <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><b>Was wünschen Sie sich von uns bzw. was haben Sie bei früheren Zahnarztbesuchen vermisst?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</b></p> <p>_____</p>
---	--

WÜNSCHE / ANREGUNGEN

→ → → **Bitte wenden!** → → →

- |                                       |   |  |   |
|---------------------------------------|---|--|---|
| Herzerkrankung                        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck              |
| Herzschrittmacher                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutungsneigung                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Künstliche Herzklappen                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ohnmachtsneigung                         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Epilepsie                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Endoprothesen (künstl. Gelenke o.ä.)     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionskrankheiten (z.B. HIV, TBC) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung             | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-/Darmerkrankung                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Lungenerkrankung (z.B. Asthma)           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankung                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Augenerkrankung (z.B. Glaukom)           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Haben Sie eine sonstige Erkrankung oder Hinweise zu den og. Punkten?

---

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?  ja  Allergiepass vorhanden  nein

---

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? (Medikationsplan vorhanden?)

---



---

Bekommen Sie regelmäßig Infusionen oder Injektionen?  ja  nein


Welche? \_\_\_\_\_

**für unsere Patientinnen:** → Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  unbekannt

**Ausfallhonorar bei Terminversäumnis**

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass Sie Termine spätestens 24 Std. vorher absagen müssen, damit wir die beim Termin ausschließlich für Sie vorgesehene Zeit für andere Patienten nutzen können. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihnen die Kosten für die im Termin vereinbarte Behandlung ab einer vorgesehenen Behandlungszeit von mehr als 30 min in Rechnung gestellt werden kann, wobei anzurechnen ist, was infolge des Unterbleibens der Behandlung erspart oder durch Behandlung anderer Patienten erworben wurde. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage. Wir bitten um Ihr Verständnis und sind bei Fragen dazu gerne für Sie da.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten

Bringen Sie bitte immer Ihre **elektronische Gesundheitskarte** (Krankenversichertenkarte) beim **ersten Besuch im Quartal** mit. Sollten Sie sie einmal vergessen, können Sie uns diese umgehend, jedoch bis spätestens 5 Tage vor Ende des jeweiligen Quartals nachreichen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen ansonsten die erbrachten Leistungen privat in Rechnung stellen müssen.


Zahnärztliche Rechnungen werden nach §10 GOZ sofort fällig. Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

**Behandlungseinverständnis**

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der akuten Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des bzw. der Erziehungsberechtigten notwendig.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und verpflichte mich jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung umgehend mitzuteilen. *Auf Wunsch können wir Ihnen den ausgefüllten Bogen gern als Kopie mitgeben.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten