

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, denn
die erbetenen Angaben zu Ihrer Krankengeschichte
dienen Ihrer Gesundheit.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztli-
chen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Beruf/Arbeitgeber:

Hausarzt/Kinderarzt:

Angaben Erziehungsberechtigter

(Nur Auszufüllen bei minderjährigen Patienten)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Versicherungsdaten

Krankenkasse

Freiwillig versichert Ja Nein

(wahlweise freiwillig gesetzlich Krankenversichert)

Basistarif (Privatpatient) Ja Nein

Beihilfefähig Ja Nein

Pflegegrad Ja Nein

(wenn ja bitte schriftlich vorlegen)

Zusatzversicherung Ja Nein

Zuzahlungsbefreiung/Härtefall Ja Nein

Bonusheft (bitte vorlegen) Ja Nein

Gesetzlichen Betreuer Ja Nein

Wenn ja, Kontaktdaten des Betreuers:

.....

.....

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam gewor-
den?**

Internet Empfehlung

Telefonbuch Wohnortnähe

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen
der/des...**

Herzens oder Kreislaufs Ja Nein

Leber Ja Nein

Nieren Ja Nein

Schilddrüse Ja Nein

**Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie
eine/n**

Herzschrittmacher Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie?

Herzmedikamente Bisphosphonate

Schmerzmittel Antidepressiva

Cortison Pille

Blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar, ASS

sonstige Medikamente:

.....

.....

.....

Haben oder hatten Sie ...

Hohen Blutdruck Ja Nein

Niedrigen Blutdruck Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Schilddrüsenunterfunktion Ja Nein

Schilddrüsenüberfunktion Ja Nein

Bluterkrankung Ja Nein

Blutgerinnungsstörung Ja Nein

Mundgeruch Ja Nein

Zahnfleischbluten Ja Nein

Kopfschmerzen Ja Nein

Rückenschmerzen Ja Nein

Geräusche beim Mundöffnen Ja Nein

Verspannungen Nacken/Schulter Ja Nein

Asthma Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

HIV (Aids) Ja Nein

Strahlenbehandlung (Tumor) Ja Nein

Wenn ja, wann:

Hepatitis Ja Nein

Wenn ja, welcher Typ A B C

Allergien/Unverträglichkeiten Ja Nein

Wenn ja, wogegen:

.....

.....

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? Ja Nein

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

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wurden Ihre Zähne innerhalb

der letzten 12 Monate geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, wann:

Und bei welchem Arzt:

Anmerkungen:

.....

.....

Bitte wenden



**Zahnärztin
Christiane Wittenhagen
Augsburger Straße 23
87700 Memmingen**

Bitte beachten Sie:

Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

AUSFALLRECHNUNG

Wir sind eine Bestellpraxis. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie rechtzeitig (d. h. mindestens 24 Std. vorher) abzusagen, ebenso im Falle einer Herpeserkrankung bis zur vollständigen Abheilung, denn hier gilt Behandlungsverbot.

Bei zu später Absage oder Nichteinhalten Ihres Termins werden Ihnen für die Ausfallzeit 25€ je ¼ Stunde in Rechnung gestellt.

(nach § 615 Satz BGB § 287 ZPO Urteil: Amtsgericht Fulda 16.05.02 AZ: 34C 120/02/D + AG Berlin-Neukölln AZ: C 179/04)

Datum Unterschrift _____

RECALL EINVERSTÄNDNIS

Ich möchte an Ihrem Recall-Service teilnehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Die Zustimmung kann jederzeit, allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich wünsche den Erinnerungsservice: halbjährlich jährlich per Brief per Telefon
erreichbar um/ab:

Datum Unterschrift _____

INFORMATION FÜR ELTERN

Kinder haben ab dem 30. Lebensmonat bis zum 72. Lebensmonat einen Anspruch auf kostenlose Vorsorgeuntersuchungen: FU

Alle Kinder vom 6. – 18. Lebensjahr haben Anspruch (kalenderhalbjährlich) auf Individualprophylaxe (Zahnputzkurs) und eingehende Untersuchung. Zahnerkrankungen können so früh erkannt bzw. vermieden werden. Bis zum 18. Lebensjahr verlangt die Krankenkasse, dass die Kinder jedes Kalenderhalbjahr einmal zur Untersuchung und gleichzeitig zur Prophylaxekontrolle gehen. Ab 12 Jahren erhält jede/r Jugendliche ein BONUSHEFT.

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

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte/r _____

ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT FÜR DIE WEITERGABE VON UNTERLAGEN AN DEN/DIE WEITERBEHANDELNDE/N ZAHNÄRZTIN/ZAHNARZT

Hiermit entbinde ich Frau Christiane Wittenhagen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, etc.) an weiterbehandelnde Ärzte / Zahnärzte übersandt werden dürfen.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass Frau Wittenhagen auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

Datum Unterschrift _____

