

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt etwas an Ihrer Anamnese ändern sollte (Adresse, Versicherung, Erkrankungen, Medikamente).

PERSÖNLICHES

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon Festnetz	Mobil	E-Mail	
Beruf	Arbeitgeber (freiwillige Angabe)		

VERSICHERUNG

Krankenkasse

- Gesetzlich versichert Zusatzversicherung Privat versichert Basistarif

(BITTE ERGÄNZEN SOFERN PATIENT UND MITGLIED DER VERSICHERUNG NICHT IDENTISCH SIND)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Strasse		PLZ/Ort	

WAS FÜHRT SIE IN UNSERE PRAXIS?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> moderne Endodontie | <input type="checkbox"/> 2. Meinung |
| <input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung | <input type="checkbox"/> Prophylaxe | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> Zahnersatz | |

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- Internet/Website Empfehlung Sonstige _____

HINWEISE ZUR ORGANISATION

Wir sind immer bemüht, lange Wartezeiten zu vermeiden. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, durch Fernbleiben entstandene Kosten nach der privaten Gebührenordnung als Ausfallzeiten an Sie in Rechnung zu stellen. Falls Sie gesetzlich versichert sind, denken Sie bitte bei jedem Besuch an Ihre Krankenversichertenkarte. Sollten Sie Ihre Karte vergessen haben, sind wir berechtigt, € 50,00 in Bar oder ein geeignetes Ausweisdokument als Pfand einzubehalten. Anderenfalls sind wir nicht verpflichtet, eine Behandlung durchzuführen. Alternativ können wir Ihnen wie bei einem Privatversicherten eine Rechnung stellen.

FÜR LEISTUNGEN AUßERHALB DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG UND FÜR PRIVATPATIENTEN

Die für Sie erbrachten Leistungen werden entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Dabei entscheidet der behandelnde Zahnarzt anhand des Umfangs und der Schwierigkeit der Behandlung, in welcher Höhe zwischen dem einfachen bis dreieinhalbfachen des Gebührensatzes abgerechnet wird. Abweichungen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung.



ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

	ja	nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzerkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzklappenprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie eine Endokarditis- -prophylaxe bei chirurgischen Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein
Blutgerinnungsstörungen Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankung der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

	ja	nein
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung (Reiben/Knacken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Blutungen beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Zähne bisher regelmässig professionell gereinigt (PZR, Prophylaxe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenbilder Ihrer Zähne angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____		
Dürfen wir Ihnen den Recall-Service bieten, Sie regelmässig an Ihre Vorsorge zu erinnern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

Für Patientinnen / Patienten aus der **ZAHNARZTPRAXIS DR. CATHARINA KÖBLER**:

- Ich bin damit einverstanden, dass die **ZAHNARZTPRAXIS AO DENT** zum zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlungen meine Befunde und Röntgenaufnahmen von der **ZAHNARZTPRAXIS DR. CATHARINA KÖBLER** übernehmen darf.
- Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der DS GVO erhoben und behandelt. Zur Erzielung des Behandlungserfolgs ist es in einigen Fällen möglich, dass Daten an Dritte weitergegeben werden müssen. Die sind zum Beispiel: Zahntechniklabore, Untersuchungslabore, Ärzte, Firmen für elektronische Zahlungsabwicklung, Abrechnungszentren mit Teilzahlungsoptionen, IT-Dienstleister, Softwareanbieter der Datenverarbeitung für die Leistungsdokumentation, Kassenzahnärztliche Vereinigung und Ihre gesetzliche Krankenkasse.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

	ja	nein
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HIV		
<input type="checkbox"/> Hepatitis		
<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	_____
<input type="checkbox"/> Cortison	_____
<input type="checkbox"/> Blutverdünnende	_____
<input type="checkbox"/> Bisphosphonate	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige	_____

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche? ja nein

Sonstige Erkrankungen ja nein

Wenn ja, welche? _____