

Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihren persönlichen Daten und Ihrem Gesundheitszustand möglichst umfassend. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Name	_____	Geb. Datum	_____
Vorname	_____	Geb. Ort	_____
Anschrift	_____	Krankenkasse	<input type="checkbox"/> GKV (gesetzlich) <input type="checkbox"/> PKV (privat)
Telefon	_____	Zahnarzt	_____
Mobil	_____	Hausarzt	_____
Email	_____	Hautarzt	_____

Angaben zur versicherten Person bzw. des bestellten Betreuers bei minderjährigen oder betreuten Patienten

Name, Vorname, Anschrift _____

Herz-/ Kreislaferkrankungen

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Infektiöse Erkrankungen

HIV-Infektion/AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Metalle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nervenerkrankung

Epilepsie/Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Arthritis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Wenn ja, in welchem Monat: _____ Monat

Sind bei Ihnen zahnärztliche

Röntgenaufnahmen angefertigt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig/zurzeit? _____

Haben Sie Beschwerden in Mund-Kiefer-Gesichtsbereich? _____

Ich verpflichte mich alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend zu melden. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können nach §615/280 BGB in Rechnung gestellt werden.

Alle im Zusammenhang mit Zahnimplantaten und implantatgestütztem Zahnersatz erbrachten Leistungen (z.B. Beratungen, Untersuchungen und weiteren Leistungen) werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und müssen nach der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte privat in Rechnung gestellt werden. Im Rahmen der Festzuschussregelung und in bestimmten Ausnahmefällen existieren auf Beantragung sogenannte befundbezogene Zuschüsse der Krankenkassen, die allerdings nur die prothetische Versorgung (Zahnersatz) von Implantaten betreffen.

Ich bestätige hiermit, über die o.g. Sachverhalte aufgeklärt worden zu sein und diesbezüglich keine Fragen mehr zu haben.