

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?

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.