

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

K
L L N
R

DR KELLNER
ZAHNARZT

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir Ihre Wünsche bestmöglich erfüllen können. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

NAME _____ VORNAME _____

ADRESSE _____

GEBURTSDATUM _____ TEL PRIVAT _____

ARBEITGEBER / ORT _____

BERUF _____ TEL ARBEIT _____

KRANKENKASSE _____ PFLICHTVERSICHERT JA NEIN

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

NAME _____ VORNAME _____

GEBURTSDATUM _____

WER SOLL DIE RECHNUNG ERHALTEN? _____

NAME _____ VORNAME _____

ADRESSE _____

SIND SIE BEIHILFEBERECHTIGTER DES ÖFFENTLICHEN DIENSTES? JA NEIN

WER HAT UNS EMPFOHLEN? _____

BITTE WENDEN >

BESTEHEN GESUNDHEITLICHE RISIKEN?

WENN JA, WELCHE? _____

HABEN SIE EINEN ALLERGIEPASS?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	REAGIEREN SIE EMPFINDLICH AUF BEST. STOFFE?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HABEN SIE GERINNUNGSSTÖRUNGEN?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	SIND SIE HIV POSITIV?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HABEN SIE HEPATITIS B?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	HABEN SIE HEPATITIS C?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
LIEGT EINE SCHILDDRÜSENERKRANKUNG VOR?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	HABEN SIE EINE DARMERKRANKUNG?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HABEN SIE EINE MAGENERKRANKUNG?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	HABEN SIE EINE NIERENERKRANKUNG?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HABEN SIE DIABETES?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	HABEN SIE EINE HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNG?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HABEN SIE EINE PROSTATAERKRANKUNG?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	LEIDEN SIE UNTER MIGRÄNE?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HABEN SIE GRÜNEN STAR?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	HABEN SIE ASTHMA?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
SIND SIE SCHWANGER?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	WENN JA, IN WELCHER WOCHE? _____	

WESWEGEN BEGEBEN SIE SICH IN BEHANDLUNG?

HABEN SIE ZAHNSCHMERZEN?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	BLUTET IHR ZAHNFLEISCH?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
ZIEHT SICH IHR ZAHNFLEISCH ZURÜCK?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	SIND IHRE ZÄHNE GELOCKERT?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HABEN SIE GERÄUSCHE IM KIEFERGELENK?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	HABEN SIE SCHMERZEN IM KIEFERGELENK?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HATTEN SIE SCHON EINE „KIEFERVERMESSUNG“?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	FAND EINE RÖNTGENUNTERSUCHUNG STATT?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

WÜNSCHEN SIE ÜBER KÜNSTLICHE ZÄHNE (IMPLANTATE) AUFGEKLÄRT ZU WERDEN? JA NEIN

SIND FÜR SIE ÄSTHETISCH SCHÖNE ZÄHNE WICHTIG? JA NEIN

MÖCHTEN SIE DARÜBER EINE BERATUNG? JA NEIN

HABEN SIE SCHON MIT ENTZÜNDETEN ZÄHNEN ZU TUN GEHABT? JA NEIN

ICH BESTÄTIGE, VORSTEHENDE ANGABEN NACH BESTEM WISSEN GEMACHT ZU HABEN.

DATUM UNTERSCHRIFT

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

DATUM UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

WICHTIGE INFORMATIONEN

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlicher Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, anderenfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

DATUM UNTERSCHRIFT