



DIE ZAHNÄRZTINNEN

DR. SILJA STÖTZEL
DR. CYNTHIA SIX

Anamnesebogen

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

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/Nr.

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon / Mobil

Beruf

Arbeitgeber

Versicherung/ Krankenkasse

Gesetzlich Versichert Privat Versichert Basis/Standard Tarif Beihilfe Zusatzversichert

Pflegegrad Wenn ja welcher:

Falls Sie über eine andere Person (mit-) versichert sind, benötigen wir folgende Angaben:

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Adresse)

Allgemeine Erkrankungen

Ja

Nein

Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, welche Allergien? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz?

Haben Sie eine Herzschwäche oder unregelmäßigen Herzschlag?

Leiden Sie an Angina Pectoris oder hatten Sie einen Herzinfarkt?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel _____?

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?

Leiden sie an zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck? **Bitte unterstreichen**

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar/Aspirin/ASS/Eliquis/Lixiana)?

Bitte wenden ----->

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall (Krampfanfall)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Augenerkrankung (z.B. Engwinkelglaukom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung (Gelbsucht, Hepatitis)? Bitte unterstreichen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Magen- oder Darmerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Tuberkulose oder einer Geschlechtskrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Osteoporose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter einer Tumorerkrankung? (Auch frühere) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)? Bitte unterstreichen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn, Ja welche _____ | | |
| Haben Sie Angst vor der Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis?

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z.B. Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht immer vermeidbar.

*Unsere Praxis wird mit Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und so Wartezeiten reduziert werden können. So ermöglichen wir Ihnen, in Ruhe und eingehend behandelt zu werden. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die vorhergesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Sollten Sie den Termin jedoch nicht rechtzeitig absagen, kann Ihnen die für Sie eingeplante Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §615 BGB in Rechnung gestellt werden. Ausnahme: Krankheits- oder arbeitsbedingte Versäumnisse, welche durch ein Attest oder den Arbeitgeber zu belegen sind. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine können mit **50,00 €** in Rechnung gestellt werden.*

Für unsere Neupatienten

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Haben sie Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie Zahnersatz? Seit wann? Seit _____ Jahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde bei Ihnen schon mal eine Parodontitis Behandlung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm z.B. Professionelle Zahnreinigung interessiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____