

Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in unsere Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringere Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/-r Patient/-in müssen Sie uns bitte unbedingt die Gesundheitskarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen. Als gesetzlich versicherte/-r Patient/-in haben Sie die Wahlmöglichkeit zwischen kassenzahnärztlichen Behandlungen über die Gesundheitskarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß §13 SGB V (Kostenerstattung).

Patient/-in

Herr/Frau/Kind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	geb.

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.	E-Mail	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl/Ort	Telefon	Mobil

Mitglied/

Zahlungspflichtiger

(Bei Kindern

Erziehungsberechtigter)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/ Hausnr.	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl/Ort	Mobil

Name des Kostenträgers

(Krankenkasse
oder Versicherung)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="radio"/> Ich bin privat versichert | <input type="radio"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt |
| <input type="radio"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="radio"/> Ich bin Standardtarif-Versicherte(r) | <input type="radio"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="radio"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="radio"/> Ich bin Basistarif-Versicherte(r) | <input type="radio"/> Ich bin zuschussberechtigt (Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="radio"/> Ich bin privat zusatzversichert | | |

Beruf des Patienten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf/ Schüler/ Student	Arbeitgeber

Anschrift

Arbeitgeber

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon

Bitte Rückseite beachten!

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Hatten/ haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenfunktionsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krankenhauskeim MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leberkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie in diesem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Gelbsucht)			Zusammenhang		
						Bisphosphonate?		

Ihr Hausarzt:

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

b) Bestehen Allergien ja nein Wenn ja, welche?
Haben Sie einen Allergie-Pass? Ja nein

c) Herzinfarkt
Nehmen Sie Marcumar? Ja nein
Schlaganfall ja nein
Lähmungen ja nein

d) Blutdruck
niedrig
normal
hoch
ggf. Werte

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein ggf. welche?
Rauchen Sie? ja nein
Bestehen Suchtkrankheiten? ja nein ggf. welche?
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
ungewiss ggf. wievielte Woche
Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor ja nein
Unfalldatum
Art d. Verletzung

Sonstige Angaben/ andere Krankheiten

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter Betäubung? ja nein
Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wiegen Sie mehr als 140 Kg? ja nein
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/ Computertomographie? Datum Körperteil
Haben Sie ein Bonusheft? Ja nein
Wie/ durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten in der Praxis zu.

Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r
-------	--