

Anamnesebogen

(bitte vollständig ausfüllen)



DIE OLDENBURGER
ZAHNÄRZTE
Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde

Bevorzugte Anrede: Frau Herr _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat/mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail*

Beruf*

Arbeitsstelle*

*freiwillige Angabe

Name der Krankenkasse oder Versicherung

ich bin:

gesetzlich
versichert

privatversichert

beihilfeberechtigt

zusatzversichert

freiwillig
versichert

Basistarif

nicht Basistarif

Liegt eine Pflegestufe vor? nein ja Pflegegrad: _____

Überweisende hausärztliche oder zahnärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

Hausärztliche Praxis – Name, Adresse, Telefon

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet Facebook Instagram Empfehlung Zeitung Jameda Überweisung Notdienst

Sind die zu behandelnde und die zahlungspflichtige Person nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Bevorzugte Anrede: Frau Herr _____

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtige Person)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Beruf*

Arbeitsstelle*

*freiwillige Angabe

Einverständniserklärung bei der Behandlung minderjähriger Personen

Hat die Patientin/der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der erziehungsberechtigten Person notwendig:

Datum

Unterschrift erziehungsberechtigte Person

Ist eine Betreuung nach §1896 – 1980i BGB vorhanden:

Ja Nein

Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?

Ja Pflegegrad: _____ Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein
 Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein
 Herzerkrankung Ja Nein
 Herz-OP (Datum: _____) Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Andere: _____

Allergien/Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
 Medikamente Ja Nein
 Antibiotika Ja Nein
 Allergiepass Ja Nein
 Andere: _____

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert? Wenn ja, Art der OP: _____

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein
 Hepatitis (A, B, C, D) Ja Nein
 Tuberkulose Ja Nein
 Andere: _____

Blut:

Blutarmut Ja Nein
 Blutgerinnungsstörung Ja Nein
 Andere: _____

Lunge:

Asthma Ja Nein
 Chronische Bronchitis Ja Nein
 Andere: _____

Nervensystem:

Epilepsie Ja Nein
 Depressionen Ja Nein
 Rheumatische Erkrankungen Ja Nein
 Andere: _____

Stoffwechsel:

Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
 Nierenerkrankungen Ja Nein
 Andere: _____

Weitere:

Krebserkrankungen Ja Nein
 Osteoporose Ja Nein
 Andere: _____

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein
 Alkoholgenuss Ja Nein
 Raucher Ja Nein
 Regelmäßige Medikamente Ja Nein
 Nehmen Sie Bisphosphonate ein? Ja Nein
 Frühere Röntgenuntersuchungen Ja Nein
 Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welche: _____
 Wenn ja: selten oft regelmäßig
 Wenn ja: 0 - 10 über 10 Zigaretten am Tag
 Wenn ja: seit wann und Name des Medikaments: _____

Wichtige Informationen:

- » Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO und werden daher streng vertraulich behandelt.
- » Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist. Mir wurde die ausführliche Einwilligungserklärung ausgehändigt. Ich habe sie gelesen und verstanden.
- » Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraums auftretenden Änderungen zu informieren.
- » Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, dies bedeutet, dass die mit mir vereinbarte Zeit ausschließlich für mich reserviert wird. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 48 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls trage ich die Kosten in Höhe von 50% des Honorars, es sei denn, an dem Versäumnis trifft mich kein Verschulden.
- » Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ich bin damit einverstanden, dass meine angegebene E-Mail Adresse zum Zweck der Terminerinnerung und zur Mitteilung medizinischer oder organisatorischer Informationen genutzt wird.

Datum

Unterschrift zu behandelnde Person

Unterschrift zahlungspflichtige bzw. erziehungsberechtigte Person