

ANAMNESE

PATIENTENANMELDUNG

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir ein eigenes Labor haben. Die Entscheidung, welches Labor im Einzelfall zum Einsatz kommt, wird ausschließlich nach medizinischen und durch die Behandlung vorgegebenen Kriterien mit Ihnen gemeinsam getroffen.

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Praxis Dr. Happe & Kollegen

PATIENT

Name Vorname

VERSICHERTE PERSON

Geburtsdatum Geburtsort

ANSCHRIFT

Name Vorname

Straße / Hausnummer Telefon

KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

PLZ / Ort E-Mail

Mitgliedsnummer

BERUF

ARBEITGEBER

ÜBERWIESEN / EMPFOHLEN DURCH

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre elektronische Gesundheitskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und stellen Ihnen diese gemäß GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) in Rechnung.

Wünschen Sie, von uns über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgungen informiert zu werden, auch wenn diese von der Krankenkasse nicht oder nur zum Teil übernommen werden? Ja Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? Ja Nein

Möchten Sie das ästhetische Erscheinungsbild Ihrer Zähne verbessern? Ja Nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Wir sind berechtigt, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung (GOZ) in Rechnung zu stellen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Ich willige in die Veröffentlichung von zahnärztlichen Fotos im Rahmen wissenschaftlicher Vorträge und Veröffentlichungen ein.

Datum

Unterschrift

BITTE WENDEN ▶



ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

HAUS- / FACHARZT (Name / Anschrift / Telefon)

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

ALLERGIEN

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein

Herzasthma / Angina pectoris? Ja Nein

Herzschrittmacher / Ja Nein

Herzklappenersatz?

Sonstiges?

KREISLAUFERKRANKUNGEN

Zu hoher Blutdruck? Ja Nein

Zu niedriger Blutdruck? Ja Nein

Zustand nach Herzinfarkt? Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Sonstiges?

KREBS- / TUMORERKRANKUNGEN

Wenn ja, welche Art? Ja Nein

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptiforme Anfälle? Ja Nein

Krämpfe? Ja Nein

Sonstiges?

VEGETATIVE ERKRANKUNGEN

Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja Nein

Sonstiges?

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Magen-Darm-Erkrankungen? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein

Sonstiges?

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Sonstiges?

INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A / B / _____)? Ja Nein

Tuberkulose? Ja Nein

Chronische Atemwegserkrankungen? Ja Nein

HIV (Aids)? Ja Nein

Sonstiges?

WEITERE ANGABEN

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

RÖNTGEN

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf- / Kiefer- / Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Wenn ja, wo?

Unsere digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

SCHWANGERSCHAFT

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, im wievielten Monat?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Datum

Unterschrift

