

## 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 geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig ab, d.h. spätestens 24h 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 Krankenversichertenkarte 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 der kassenzahnärztlichen Behandlung über die Krankenversichertenkarte oder der Behandlung auf Privatrechnung gemäß § 13 SGB V (Kostenerstattung).

### Patient/-in (Herr/Frau/Kind)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_  
Geburtsort\* \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. (Festnetz oder mobil) \_\_\_\_\_

### Mitglied/ ggf. abweichender Zahlungspflichtige/-r (bei Kindern Erziehungsberechtigte/-r)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße / Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. (Festnetz oder mobil) \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Ich bin pflichtversichert     | <input type="radio"/> Ich bin privat versichert             | <input type="radio"/> Ich habe die Kostenerstattung<br>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-Verisicherte (r)   | <input type="radio"/> Ich bin zuschussberechtigt<br>(Sozialamt, Versorgungsamt) |
| <input type="radio"/> Ich bin Zahnzusatzversichert  |   |   |

Beruf des Mitglieds\* \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Schüler/Student

### Anschrift des Arbeitgebers\*

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Beruf des Patienten \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 Schüler/Student

### Anschrift des Arbeitgebers\*

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angaben

# Anamnesebogen

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!

**1) a)** Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Bluterkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Nierenfunktionsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Krankenhauskeim MRSA	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Creutzfeld-Jakob	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Leperkrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Tumor/Karzinom/Krebs	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
TBC	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Biophosphate?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV-Infektion	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

<b>b)</b>				<b>c)</b>		
Allergien?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche?	Herzinfarkt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergiepass?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	_____	Schlaganfall?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>d)</b>				Lähmungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutdruck?	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> niedrig	Blutverdünnende Mittel?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ggf. Werte:	_____			Wenn ja, welche?	_____	

<b>2)</b> Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>3)</b> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wenn ja, welche? _____
<b>4)</b> Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>5)</b> Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>6)</b> Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wenn ja, welche? _____
<b>7)</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	○ungewiss ggf. wievielte Woche? _____
<b>8)</b> Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Unfalldatum: _____ Art d. Verletzung: _____
<b>9)</b> Sonstige Angaben/andere Krankheiten?	_____		
<b>10)</b> Legen Sie bei Bedarf Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche? _____

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt werden kann.**

**11)** Haben Sie einen Röntgenpass?  ja  nein  
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie? (Datum/Körperteil) \_\_\_\_\_

**12)** Haben Sie ein Bonusheft?  ja  nein  
Wann wurde die letzte professionelle Zahnreinigung bei Ihnen durchgeführt? \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_