



ORALCHIRURGIE BERLIN SCHÖNEWEIDE

Schnellerstraße 123

ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Anliegen unterhalten, benötigen wir Ihre persönlichen Angaben sowie Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine erfolgreiche und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

PATIENTENANGABEN

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ:	Wohnort:
Tel. privat:	Tel. mobil:	Hausarzt:
E-Mail:		

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Internet Empfehlung Hauszahnarzt Empfehlung Bekannte, Freunde

ALLGEMEINE GESUNDHEITSSITUATION

Zahnärztliche Behandlung:

Haben Sie zur Zeit Beschwerden im Bereich der Zähne, der Ohren, des Zahnfleischs, der Kaumuskulatur oder der Kiefergelenke?

Ja Nein

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien:

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

Herzerkrankungen:

Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vorhofflimmern?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzasthma, Angina pectoris?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges:		

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges:		

Stoffwechselerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Magen-Darmerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Niereninsuffizienz?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Osteoporose?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheuma?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges:		

Tumorerkrankungen:

Wurde oder wird bei Ihnen eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Welche Körperregion und wann?		

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptische Anfälle?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Krämpfe?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstiges:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Sonstiges:

Infektionserkrankungen:

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

Tuberkulose? Ja Nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

Sonstiges:

Weitere Angaben:

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Röntgen:

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

Wenn ja, in welcher Praxis?

Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Für unsere Patientinnen:

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Stillen Sie? Ja Nein

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit!

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als **Privatpatienten** betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Wir sind bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen.

Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Wir sind berechtigt, gemäß § 615 BGB, nicht eingehaltene Termine auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung in Rechnung (in Höhe von 60,-) zu stellen. Es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen, wodurch es zu Zeitverzögerungen kommen kann.

Datum:

Unterschrift:
