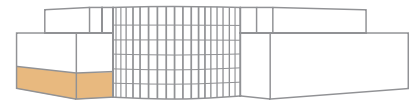


Anamnesebogen



DR. ROB BEN

IHR ZAHNARZT IM EMS-KONTOR

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

Tel. (Festnetz / mobil) _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? (bspw. bei Kindern oder Ehepartnern)

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum? _____

Hinweise zu unserem Praxisablauf / sonstige Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen ansonsten gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen Telefon- / Branchenbuch Zeitungsanzeige

Überweisung von _____

Internet, über die Seite _____ Sonstiges _____

Recall-Service

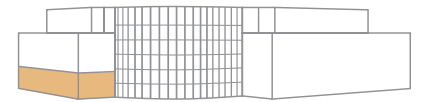
Um unseren Patienten regelmäßige Kontrolluntersuchungen zu erleichtern, bieten wir die Teilnahme an unserem sogenannten Recall-Service (Erinnerungsservice) an. Sie werden von uns regelmäßig angeschrieben, um Sie an die Vereinbarung eines Kontrolltermins zu erinnern. Sollten Sie eine / keine Teilnahme an diesem Service wünschen, vermerken Sie dies bitte hier:

Ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service. Ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

per Post per SMS per E-Mail

Die Teilnahme am Recall-Service erfordert das Vorliegen einer schriftlichen Einwilligungserklärung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu diesem Zweck (Recall). Sie erhalten von uns, sofern Sie eine Teilnahme am Recall-Service wünschen, eine separate Einwilligungserklärung zum Ausfüllen und Unterschreiben.

Anamnesebogen



DR. ROB BEN

IHR ZAHNARZT IM EMS-KONTOR

Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n ...

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Routinekontrolle | <input type="radio"/> neuen Zahnersatz |
| <input type="radio"/> Beratung | <input type="radio"/> „zweite Meinung“ |
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> andere Gründe: |
-

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der / des ...

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Kreislaufs? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leber? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Nieren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüse? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Traktes? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelenke (Rheuma)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wirbelsäule? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Haben oder hatten Sie ...

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| hohen / niedrigen Blutdruck? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zahnfleischbluten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ohrensausen / Tinnitus? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Osteoporose? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Epilepsie? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schlaganfall? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Grünen Star? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| HIV (AIDS)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, welcher Typ? | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C |
| Tuberkulose (Tbc)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Creutzfeld-Jacob (CJ)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Prionenerkrankung? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| MRSA (Krankenhausresistente Keime)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Röteln? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Mumps? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Masern? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Scharlach? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige Infektionskrankheiten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, welche? _____

Allergien? (bitte Pass mitbringen) ja nein

Wenn ja, wogegen? _____

eine Gelenkprothese? ja nein
(z. B. künstliches Knie- oder Hüftgelenk)

Wenn ja, wo genau? _____

Ist eine antibiotische Abschirmung ja nein
vorgegeben?

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie ...

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Stents / Bypass? | <input type="radio"/> Herzschrittmacher? |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt? | <input type="radio"/> Herzklappenentzündung? |
| <input type="radio"/> künstliche Herzklappe? | <input type="radio"/> Angina Pectoris? |
| <input type="radio"/> _____ | |

Medikamente: Nehmen Sie ...

Gerne können Sie eine Medikamentenliste mitbringen

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Herzmedikamente? | <input type="radio"/> Cortison (Kortikoide)? |
| <input type="radio"/> Schmerzmittel? | <input type="radio"/> Antidepressiva? |
| <input type="radio"/> blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS? | |
| <input type="radio"/> Bisphosphonate? | <input type="radio"/> andere Medikamente?: |
-

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, gegen welche? ja nein

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Zum Schluss

Knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Fragen / Anmerkungen

Datum _____ Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten hängt im Wartezimmer aus. Bitte bestätigen Sie uns die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift

Datum _____ Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)