

Anamnesebogen Zahnarztpraxis Kai Bittner



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf Ihren Gesundheitszustand angepasst werden kann, benötigen wir die Beantwortung nachfolgender Fragen. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes!

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Geb. Ort:** _____
Straße, Nr.: _____ **PLZ, Ort:** _____
Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____
Tel. privat: _____ **Mobil:** _____
Email: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____ Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Mitglied (gesetzlich versichert) Freiwillig versichert Familienversichert
 Privat versichert (kein Basistarif) Privat versichert (Basistarif) Beihilfeberechtigt/Zusatzversicherung

Angaben des/r **Zahlungspflichtigen** (Familienversicherung) falls abweichend zu den oben gemachten Angaben:

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb. Datum: _____ **Geb. Ort:** _____
Straße, Nr.: _____ **PLZ, Ort:** _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung – außer akuter Schmerzbehandlung – eine Einverständniserklärung eines/r **Erziehungsberechtigten** notwendig:

Datum/Unterschrift: _____ **Name:** _____

Welche Behandlungsnotwendigkeit sehen Sie? _____

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Zu welchen zahnmedizinischen Themen wünschen Sie eine ausführliche Beratung?

- Prophylaxe + Zahnreinigung Prothesenreinigung Zahnfarbene Keramikinlays
 Goldinlays Seitenzahn Ästhetischer Zahnersatz Parodontalbehandlung
 Kieferorthopädie Bleaching/Zahnaufhellung Implantate
 Veneers (Verblendschalen) Fissurenversiegelung der kleinen und großen Backenzähne
 Amalgam-Restaurierung Hochwertige und ästhetische Füllungen (Front-, Seitenzahn)

Bitte wenden...

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie um Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und den behandelnden Ärzten:

Name und Anschrift des **Hausarztes**: _____

Herz-Kreislaferkrankungen:

- Herzerkrankung Herzoperation Herzklappenerkrankung/-defekt
 Hoher Blutdruck (Hypertonie) Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Herzschrittmacher
 Gerinnungshemmende Medikamente (Marcumar...)

Infektionskrankheiten:

- Gelbsucht (Hepatitis A, B, oder C) Tuberkulose Erkrankung des Immunsystems
 HIV/AIDS Ergänzende Angaben: _____

Allergien/Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Schmerzmittel Metallunverträglichkeit
 Antibiotika Ergänzende Angaben: _____

Weitere Erkrankungen:

- Asthma Lungenerkrankung Epilepsie
 Blutgerinnungsstörung Diabetes Ohnmachtsneigung
 Nierenfunktionsstörung Ergänzende Angaben: _____

Wann war

die letzte **Röntgenuntersuchung**? _____ der letzte **Krankenhausaufenthalt**? _____

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit? _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Bestellsystem und Terminabsagen

Um Ihnen längere Wartezeiten zu ersparen, behandeln wir nach verbindlich vorgemerkten Terminen. Erscheinen Sie deshalb bitte pünktlich zu dem für Sie reservierten Zeitpunkt - auch wir werden bemüht sein, diesen einzuhalten. Wir sind bestrebt, die Behandlungen ohne Zeitdruck durchzuführen. Sollten sich dennoch Verzögerungen ergeben, haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich der Zeitaufwand für zahnärztliche Behandlungen nur bedingt vorausplanen lässt.

Wir bitten Sie, reservierte Termine, die aus gesundheitlichen, beruflichen oder persönlichen Gründen nicht eingehalten werden können, rechtzeitig abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis, wenn wir Ihnen für nicht eingehaltene Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, eine Rechnung in Höhe der Ausfallzeit, je angefangene Stunde, stellen. Falls Sie uns nicht persönlich oder telefonisch erreichen sollten, haben Sie auch die Möglichkeit, uns eine E-Mail (info@za-bittner.de) zu senden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter

Bitte wenden...