

Anamnesebogen - Neupatient

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns um ihr persönliches Anliegen kümmern, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, die zahnärztliche Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Wir weisen daraufhin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können. Wir weisen Sie weiter darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung von den Zahnärzten/innen oder anderen Mitarbeitern der Zahnarztpraxis Dr. Pfeifer weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Ihr Praxisteam

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
O Patient = Hauptversicherter

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

O Patient = Rechnungsempfänger

Krankenversicherung _____

Für Privatversicherte:

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja o nein o
Besteht ein Basistarif: ja o nein o

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ggf. ergänzen:

Leiden Sie an einer Allergie? ja o nein o
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? ja o nein o

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja o nein o

Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja o nein o
Haben Sie einen hohen Blutdruck?	ja o nein o
niedrigen Blutdruck?	ja o nein o
Haben Sie Diabetes?	ja o nein o
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	ja o nein o
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja o nein o
Haben Sie eine Lungenerkrankung?	ja o nein o
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis)	ja o nein o
Haben Sie künstliche Gelenke oder Implantate?	ja o nein o
Haben Sie eine Nierenerkrankung?	ja o nein o
Leiden Sie unter Migräne?	ja o nein o
Haben Sie eine Augenerkrankung, künstliche Linse?	ja o nein o
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?	ja o nein o
Rauchen Sie?	ja o nein o
Wenn ja, wie viel und wie oft? _____	
Sind Sie schwanger?	ja o nein o
Wenn ja, in welcher Woche? _____	
Nehmen Sie Medikamente ein?	ja o nein o
Wenn ja, welche?	

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung	ja o nein o
Sonstiger Grund	

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja o nein o
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja o nein o
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja o nein o
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk?	ja o nein o
Wenn ja, tragen Sie eine Knirschschiene?	ja o nein o
Wurden Sie innerhalb der letzten 6 Monate im Kopf-/Zahnbereich geröntgt?	ja o nein o
Wünschen Sie eine Aufklärung zu Implantaten?	ja o nein o
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	ja o nein o
Möchten Sie darüber eine Beratung?	ja o nein o

o Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. Teilen Sie unserer Praxis bitte künftige Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder der Versicherungsverhältnisse mit. Der Anamnesebogen muss spätestens alle 12 Monate aktualisiert und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

o Die Erklärungen auf diesem Gesundheitsfragebogen habe ich verstanden. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

o Vor der Einwilligung wurde ich darauf hingewiesen, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung der Daten erst für die Zukunft besteht.

o Mir wurde die Datenschutzerklärung der Zahnarztpraxis Dr. Pfeifer zur Verfügung gestellt. Ich habe diese zur Kenntnis genommen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit einsehen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Lüneburg, den _____

Unterschrift Patient