



ANAMNESE - BOGEN

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben; berufliche Tätigkeiten ebenfalls! Deswegen möchten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen **ausführlich und komplett** bitten. Nehmen Sie sich dafür Zeit und schreiben Sie in **DRUCKBUCHSTABEN!**

Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, **korrekt und aktuell** ausgefüllt werden sollten und damit Ihrer **eigenen Sicherheit** dienen!

Name / Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Krankenkasse: gesetzlich: _____ privat: _____

Zusatzversicherung: **JA** __ **NEIN** __

Jede private Behandlung/Rechnung wird nach GOZ §5 Abs.1/GOÄ 1996 unter Berücksichtigung von Aufwand / Schwierigkeit / Zeit / Umstände mit Steigerungsfaktor nach beliebigem Ermessen erstellt. Eine vollständige Erstattung Ihrer Versicherung / Beihilfe kann nicht gewährt werden und ist abhängig von Ihrem vereinbarten Tarif!

Anschrift: PLZ/ Wohnort: _____ Straße / Hausnummer: _____

Telefon: privat: _____ / _____ Handy: _____ / _____

beruflich: _____ / _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name: Hausarzt: _____ Ort: _____

HausZahnarzt: _____ Ort: _____

Anamnese: (Bitte JEDE Frage beantworten!)

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? **JA**__ **NEIN** __

Wenn **JA**, wegen welcher Erkrankung? _____

Leiden Sie an:

Herzerkrankungen (Endokarditis / Herzklappenersatz ((**Ausweis vorlegen!**)) / Bypass)?

JA __ **NEIN** __

Kreislaufkrankungen (z.B. hoher____ oder niedriger ____ Blutdruck?)

JA __ **NEIN** __

Erhöhter Blutungsneigung (z.B. nach Zahnentfernungen / Operationen)?

JA __ **NEIN** __

Bitte wenden!



Lebererkrankungen (Hepatitis / Gelbsucht / Fettleber)?

JA __

NEIN __

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, AIDS, Tuberkulose, Hepatitis)?

JA __

NEIN __

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?

JA __

NEIN __

Augenerkrankungen (z.B. grüner Star / Glaukom)?

JA __

NEIN __

Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse, Transplantation)?

JA __

NEIN __

Krampfanfällen (Epilepsie)?

JA __

NEIN __

Wenn eine Erkrankung vergessen wurde, an welcher leiden Sie außerdem?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn **JA**, welche? _____

NEIN __

Blutverdünner? Wenn **JA** welche? _____

NEIN __

Besteht eine Überempfindlichkeit / Allergie gegen Medikamente, Materialien o.a.?

JA __

NEIN __

Wenn **JA**, gegen welche? _____

Rauchen Sie, wenn **JA** wieviel pro Tag? _____

NEIN __

Trinken Sie regelmäßig Alkohol, wenn **JA** wieviel pro Tag? _____

NEIN __

Nehmen Sie Drogen, wenn **JA** welche? _____

NEIN __

Besteht z.Z. eine Schwangerschaft, wenn **JA** welcher Monat? _____

NEIN __

Hiermit versichere ich, dass ich die o.g. Angaben nach meinem **besten Wissen** und **Gewissen** beantwortet habe!

Ich bin informiert, dass ich bereits vereinbarte Termine **mindestens 24 Stunden** vorher telefonisch absagen muss (Bestellpraxis), da ich mich ansonsten im Annahmeverzug befinde und mir die Kosten des Honorarausfalles lt. Urteil vom AG Wetzlar (AZ:32 C 1826/03) in Rechnung gestellt werden könnten!

Ort, Datum

Unterschrift
Patienten / gesetzl. Vertreter