



Anamnesebogen

DR. TIM MUTZ

ZAHNARZT HILDEN

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 _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein Bonusheft ja nein

privat versichert ja nein Basistarif ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Sind Patient und Versicherungsnehmer nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers (bzw. Rechnungsempfängers)?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wichtig für gesetzlich krankenversicherte Patienten: Wird der Krankenschein/die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, erfolgt eine private Rechnungslegung.

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

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie uns künftig bitte auch Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Von Bekannten empfohlen Plakatwerbung Zeitungsanzeige
 Jameda Facebook Werbung Google Suche

Überwiesen von: _____

Möchten Sie von uns per E-Mail oder SMS an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja nein

- bitte wenden -

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

- Leber ja nein
Nieren ja nein
Lungen (Asthma) ja nein
Schilddrüse Überfunkt. Unterfunktion
Magen-Darm-Traktes ja nein
Gelenke (Rheuma) ja nein
Multiresistente Bak. (z.B. MRSA) ja nein

Haben oder hatten Sie ...

- hohen Blutdruck ja nein
niedrigen Blutdruck ja nein
Diabetes ja nein
Krebs ja nein
Infektionskrankheiten (Hepatitis) ja nein
Infektionskrankheiten (HIV) ja nein
Bluterkrankheit/Blutgerinnungsstörungen ja nein
Bulimie/Magersucht ja nein
Epilepsie ja nein
Zahnfleischbluten ja nein
Osteoporose ja nein
Allergien ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wie oft im Jahr gehen Sie zur Zahnreinigung? _____/Jahr

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie eine/n...

- Herzinfarkt Bypass
 Herzschrittmacher Stents
 Herzklappenentzündung künstliche Herzklappe
 Angina Pectoris _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Herzmedikamente Cortison (Kortikoide)
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar®, ASS?
 Antiresorptiva (z.B. Bisphosphonate) - wenn ja, welche?

 andere Medikamente

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente/Spritzen aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, gegen welche? _____

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

Sind Sie an einer Zahnaufhellung interessiert? ja nein

Uns ist es ein sehr großes Anliegen, uns genug Zeit für jeden einzelnen Patienten zu nehmen. Damit das funktioniert, arbeiten wir mit einem Bestellsystem. Das bedeutet, dass wir nur mit Terminen arbeiten, die dann auch speziell für Sie und Ihre Behandlung reserviert sind.

Darum bitten wir Sie, Ihren Termin mindestens 48 Stunden vorher telefonisch bei uns abzusagen, da wir sonst mit massiven Ausfallzeiten konfrontiert werden, die wir in der Kürze der Zeit nicht mehr auffüllen können und uns daher vorbehalten, Ihnen eine Ausfallgebühr von 80€ in Rechnung zu stellen.*

Wir bitten um Ihr Verständnis

Datum:

Unterschrift:

*Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage

Bitte aufmerksam lesen:

Während der Behandlung werden meine medizinischen Daten und Daten über meine Person erhoben, verarbeitet und genutzt und können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (Krankenkassen, mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte, andere Einrichtungen des Gesundheitswesens, medizinische Dienstleister) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Timo Mutz die bei meinem Hauszahnarzt / Hausarzt / Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und -befunde, Röntgenbilder soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordert und ggf. an einen Gutachter weiterleitet, falls dieses von der Krankenkasse gefordert wird. Dieses Einverständnis ist jederzeit widerruflich.

Online Termine jederzeit selber wählen unter:

Datum

Unterschrift

www.termin.dr-mutz.de