



# 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 (Bitte angeben!) \_\_\_\_\_

E-Mail (für Termine!) \_\_\_\_\_

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

Einkaufswagen

Jameda

Facebook

Google Werbung

Überwiesen von: \_\_\_\_\_

- 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 kurze 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](http://www.termin.dr-mutz.de)