

Zahnarztpraxis Ulrich Teichmann

Zahnarzt & Zahntechniker · Dr.-Kitz-Straße 33, 65462 Ginsheim-Gustavsburg · Tel. +49 6134 51302 ·
info@zahnarztpraxis-teichmann.de

Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis

Bevor wir uns mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Name des Patienten (Herr/ Frau)	
Geboren am	
Geburtsort	
Anschrift	
Telefon / Mobil	
E-Mail-Adresse	

Versichertendaten (sofern von den Patientendaten abweichend)

Versicherter	
Geboren am	

Haben Sie Ihr Bonusheft regelmäßig geführt? ☐ 0 ☐ 5 ☐ 10 Jahre

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja ☐ nein ☐
Herzschrittmacher / künstliche Herzklappen	ja ☐ nein ☐
Hoher Blutdruck	ja ☐ nein ☐
Niedriger Blutdruck	ja ☐ nein ☐
Ohnmachtsneigung	ja ☐ nein ☐
Marcumar / Gerinnungshemmer	ja ☐ nein ☐
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja ☐ nein ☐
Rheuma	ja ☐ nein ☐
Diabetes	ja ☐ nein ☐
Schilddrüsenerkrankung	ja ☐ nein ☐
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja ☐ nein ☐
Magen- / Darmerkrankung	ja ☐ nein ☐
Nierenerkrankung	ja ☐ nein ☐
Lungenerkrankung / Asthma	ja ☐ nein ☐
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankungen	ja ☐ nein ☐

Epilepsie	ja ☐ nein ☐
Haben Sie eine sonstige schwere Erkrankung? Infektionen?	ja ☐ nein ☐
<i>Wenn ja, welche?</i>	
Allergien	ja ☐ nein ☐
<i>Wenn ja, welche?</i>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Produkte ein?	ja ☐ nein ☐
<i>Wenn ja, welche?</i>	
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	ja ☐ nein ☐
<i>Wenn ja, welche?</i>	
Sind Sie schwanger?	ja ☐ nein ☐
<i>Wenn ja, in welchem Monat?</i>	
Sind Sie Raucher?	ja ☐ nein ☐
<i>Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?</i>	

Weitere Angaben

Hausarzt	
-----------------	--

Sie sind uns wichtig

Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen oder haben Sie spezielle Wünsche?

Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen	ja ☐ nein ☐
Starke Schmerzempfindlichkeit	ja ☐ nein ☐
Starker Würgereiz	ja ☐ nein ☐

Bitte beachten: Örtliche Betäubung hat zur Folge, dass Sie 1 Stunde nicht und 24 Stunden nur eingeschränkt fahrtüchtig sind. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihrem Behandlungstermin.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten mit 75 € in Rechnung gestellt werden können.

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung.

Wichtige Information

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Die von uns erbrachten privat abzurechnenden Leistungen werden in der Honorierung mit einem Steigerungsfaktor versehen. Sollte Ihre Versicherung die Gebühren mit unserem Faktor nicht vollständig erstatten, so müssen wir Ihnen die Differenz in Rechnung stellen.

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

Terminerinnerung (ClickDoc-SMS / E-Mail)	ja ☐ nein ☐
Zusatzversicherung	ja ☐ nein ☐

Gustavsburg, den

Unterschrift Patient