ZAHNARZTPRAXIS
DR. NORBERT ODENTHAL

ODENTHAL

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.
Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, bitten wir Sie, uns neben Ihren Personalien anliegende Fragen über Ihren Gesundheitszustand zu beantworten.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

1. Personalien

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse Straße, PLZ, Ort: _____
Telefon privat mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf/Arbeitgeber: _____

2. Versicherung

Name der Versicherung: _____
privatversichert Beihilfe: _____
zusatzversichert bei: _____
Familienversichert: _____
Name des Versicherungsnehmer: _____
Geb.datum des VN: _____

Name Ihres Hausarztes: _____

3. Allgemeines

Geschlecht: W □ M □
Für Patientinnen:
Besteht eine Schwangerschaft? Ja □ Nein □
Errechneter Geburtstermin: _____

Rauchen Sie? Ja □ Nein □
Besteht eine Suchtkrankheit? Ja □ Nein □
Sind bei Ihnen bereits zahnmedizinische Röntgenbilder gemacht worden? Ja □ Nein □
Haben Sie ein Bonusheft? Ja □ Nein □

4. Erkrankungen

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

Blutdruck: niedrig □ normal □ hoch □
Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? Ja □ Nein □
Herzfehler? Ja □ Nein □
Angina pectoris (Brustschmerzen)? Ja □ Nein □
Herzinfarkt? Ja □ Nein □
Herzmuskelschmerzen? Ja □ Nein □
Thrombose/Embolie (z.B. Schlaganfall)? Ja □ Nein □
Epilepsie? Ja □ Nein □
Asthma? Ja □ Nein □
Blutgerinnungsstörungen? Ja □ Nein □
Erhöhte Blutungsneigungen? Ja □ Nein □
Bluterkrankungen? Ja □ Nein □
Osteoporose? Ja □ Nein □
Diabetes (Zuckerkrankheit)? Ja □ Nein □
Schilddrüsenerkrankung? Ja □ Nein □
Pflegegrad? _____
Besteht eine sonstige Erkrankung? Ja □ Nein □
wenn ja, welche? _____

5. Infektionskrankheiten

AIDS (HIV-Infektion) Ja □ Nein □
Hepatitis A B C A□ B□ C □
Tuberkulose (TBC) Ja □ Nein □

6. Allergien bzw. Unverträglichkeiten

Lokalanästhesie? Ja □ Nein □
Anitbiotika? Ja □ Nein □
Schmerzmittel? Ja □ Nein □
Metalle? Ja □ Nein □
Sind sonstige Allergien/Unverträglichkeiten bekannt? Ja □ Nein □

_____

7. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- □ Nein
- □ Aspirin
- □ Marcumar/ Xarelto
- □ Plavix
- □ Ticlopidin
- □ Clopidogrel
- □ Bisphosphonate
- □ Sonstige: _____

8. Zahn- und Mundsituation
Bitte geben Sie die Stärke in der Skala an: 1 - 10 (1= leicht, 10= stark)

Haben Sie Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿
Geräusche im Kiefergelenk
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿
Mundgeruch
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿
Leiden Sie unter Zahnfleischrückgang
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿
Besteht bei Ihnen Zahnfleischbluten
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnform
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Zahnstellung
❶❷❸❹❺❻❼❽❾❿

Schnarchen Sie? Ja □ Nein □
Tragen Sie beim Sport (Hockey, Boxen etc.) einen Mundschutz? Ja □ Nein □
Was nutzen Sie zur Zahnpflege? _____

9. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

□ Internet
□ Presse (Anzeige, Zeitung)
□ Homepage
□ Empfehlung durch
□ Jameda

10. Worüber möchten Sie informiert werden?

□ Professionelle Zahnreinigung
□ Weiße Zähne (Bleaching)
□ Zahnfarbene Füllungen
□ Zahnästhetik
□ Implantate (festsitzender Zahnersatz)
□ Amalgamsanierung/Quecksilberausleitung
□ Ozon (allgemeine Desinfektion z.B. Linderung bei Lippenherpes, Brandwunden im Mundbereich etc.)
□ Cerec (Zahnersatz in einer Sitzung einzugliedern)
□ Laser

11. Recall
Dürfen wir Sie halbjährlich an die Vorsorgeuntersuchung erinnern? Ja □ Nein □

12. Termineinhaltung
Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Dennoch kann es in Ausnahmefällen durch Notfälle bzw. Schmerzpatienten zu Wartezeiten kommen. Selbstverständlich versuchen wir, Sie in solchen Fällen zu informieren.
Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, bitten wir um frühzeitige Absage – spätestens 24 Stunden vor dem Termin. Durch wiederholtes Nichterscheinen können entstandene Kosten in Rechnung gestellt werden (gem. § 615 BGB).

13. Steigerungssatz bei privaten Krankenkassen
Der Steigerungssatz der Privatliquidation kann sich in begründeten, besonders schwierigen Fällen bis zum 3,5fachen des Regelsatzes erhöhen. Die Abrechnung erfolgt gemäß den gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) unabhängig vom Umfang etwaiger Erstattung der Kosten nach Beihilfevorschriften, Versicherungsbedingungen usw.
Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle gemachten Angaben richtig und vollständig sind und dass ich die Informationen unter Punkt 12., 13. und 14. gelesen und verstanden habe.

14. Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)
Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/ Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten zum Zwecke der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten oder andere Gesetzte entgegenstehen.

□ Ich willige ein

Unterschrift
Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle gemachten Angaben richtig und vollständig sind und dass ich die Information unter Punkt 12. und 13. gelesen und verstanden habe.

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter

Ort/ Datum: