

Anmeldebogen mit Anamnese 1-2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, dass Sie unsere Praxis besuchen und uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen. Jeder Arzt und Zahnarzt muss vor der ersten Untersuchung nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen vor der ersten Behandlung auszufüllen und uns wieder abzugeben bzw. zu übersenden. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der Fragen erleichtert unser anschließendes Gespräch.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Telefon: _____
Handy: _____

Terminvereinbarungen

Ihre Zeit ist kostbar und Sie können erwarten, dass wir Ihre Termine - von seltenen Notfällen abgesehen - pünktlich wahrnehmen. Wir danken Ihnen dafür, dass Sie es ebenso halten. **Die reservierte Zeit berechnen wir Ihnen nicht, wenn Sie spätestens 24 Stunden vorher eine Terminveränderung vereinbaren (§296 BGB).**
Wenn Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen, behalten wir uns vor, Ihnen eine Privatrechnung zu erstellen. (**§615BGB**)

Email: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Telefon: _____

Erhalten Sie wegen akuter Beschwerden einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen. Da dieser Termin außerhalb unseres Bestellrahmens liegt, ist auch nur eine Notversorgung möglich.

Krankenkasse: _____
Wenn Sie nicht selbst versichert sind, wer ist es dann?

Für sozialversicherte Patienten wichtig

Wird die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorbei gebracht, erfolgt eine private (§15 GRG) Rechnungslegung.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Wer soll die Rechnung erhalten? _____

Für Beihilfepatienten wichtig

Aus gegeben Anlass weisen wir auf folgendes Problem hin, welches durch die beihilfegewährenden Stellen verursacht wird. Durch die Privatversicherung Beihilfestellen wurde Ihnen suggeriert, dass Sie alle privat Zahnärztlichen Leistungen ersetzt bekommen; dieses ist nicht der Fall. Einerseits gibt es Leistungsziffern, die durch die Beihilfestellen nicht akzeptiert werden, andererseits werden Begründungen bei erhöhten Steigerungsfaktoren nicht anerkannt. Die sich daraus ergebenden Rechnungsdifferenzen werden zu Ihren Lasten gehen müssen. Die Beihilfestelle beruft sich in diesem Punkt auf ein Restrisiko, welches der Beamte selbst zu tragen habe.

Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes? **O ja O nein**
Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Lokalanästhesie

Wenn indiziert, führen alle Zahnärzte zur Schmerzausschaltung eine sogenannte Lokalanästhesie durch. Dabei können einzelne Zähne oder Zahnreihen sowie deren umliegendes Gebiet für die Dauer der Behandlung betäubt werden. Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass es bei dieser Routinemaßnahme in seltenen Ausnahmefällen zu vorübergehenden oder bleibenden Beeinträchtigungen des Zungen- bzw. Unterkiefernerve (Tastsinn), des Kiefergelenks (Kieferklemme) oder der umgebenden Gewebe kommen kann. Außerdem wurde ich über eine mögliche Fahruntüchtigkeit aufgeklärt. Desweiteren kann es zu Gefäßverletzungen und allergischen Reaktionen kommen, bis zum Kreislaufversagen.

X _____

Wuppertal,

Anmeldebogen mit Anamnese 2-2

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und ergänzen Sie!

Zahnmedizinische Anamnese

- | | |
|--|---|
| Haben Sie Zahnschmerzen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Blutet Ihr Zahnfleisch? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Sind Ihre Zähne gelockert? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Haben Sie Kiefergelenksschmerzen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Wünschen Sie über künstliche Zähne
(Implantate) aufgeklärt zu werden? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |

Bitte nennen Sie mir nachfolgend Ihre Behandlungswünsche:

1. Mir genügt eine Grundversorgung ausschließlich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenkasse ! ja nein
2. Wünschen Sie von uns darüber informiert zu werden, was an neueren und besseren zahn-
medizinischen Leistungen möglich ist, auch wenn diese nicht in den Leistungen
der Krankenkassen enthalten sind ? ja nein
3. Sind Sie im Besitz eines vollständigen Bonusheftes ? ja nein
4. Wünschen Sie über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden? ja nein
5. Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? ja nein
6. Hätten Sie gerne hellere Zähne? ja nein
7. Falls Sie unter Mundgeruch leiden-möchten Sie etwas dagegen tun? ja nein
8. Haben Sie eine Zahnarztphobie? Wenn ja, wie stark? (1 schwach - 10 stark) _____ ja nein
9. Leiden Sie unter einem Würgereiz? ja nein
10. Sie wünschen nicht an Ihre Untersuchungs- und Zahnpflegetermine per
Email/schriftlich von uns erinnert werden ja
11. Sie möchten unseren Newsletter per Email/schriftlich nicht erhalten ja
12. Haben Sie darüber hinaus besondere Wünsche/Anregungen ?

Anmeldebogen mit Anamnese 2-3

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und ergänzen Sie!

Allgemeinmedizinische Anamnese

Familienanamnese:

1. Sind in Ihrer Familie (Eltern und deren Geschwister, Großeltern und deren Geschwister, eigene Geschwister) folgende Krankheiten aufgetreten:

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1.1 Parodontitis | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| 1.2 Allergien | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche _____ |
| 1.3 Krebs | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche _____ |
| 1.4 Diabetes | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welcher Typ _____ |
| 1.5 Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |
| 1.6 Herzerkrankungen | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche _____ |
| 1.7 Knochenerkrankungen | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche _____ |
| 1.8 Psychische Erkrankungen | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche _____ |

Allgemeinanamnese

1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, warum _____ ja nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (besonders Medikamente oder Lokalanästhetika)
Wenn ja, welche? _____ ja nein
4. Leiden Sie an Bluterkrankungen oder erhöhter Blutungsneigung ja nein
 - von Willenrand-Jürgens-Syndrom ja nein
 - Hämophilie A ja nein
 - Hämophilie B ja nein
 - Gerinnungsstörung ja nein
 - sonstiges: _____ ja nein

5. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?

- Herzerkrankung ja nein
- Herzinfarkt ja nein
- Bypass oder Stent ja nein
- Vorhofflimmern/Herzrhythmusstörungen ja nein
Bluthochdruck ja nein
Osteoporose ja nein
Nierenerkrankung ja nein
Störung der Nierenfunktion ja nein
Dialysebehandlung ja nein
Magen-Darm-Erkrankung ja nein
Krampfleiden (Epilepsie) ja nein
HbA1C Wert bei Diabetes unter 7 % ja nein
Infektionskrankheiten
(Tbc, Hepatitis A,B,C Aids/HIV, Lues, usw.) ja nein
Diabetes ja nein wenn ja, welcher Typ _____
Schlaganfall ja nein
Blutarmut (Anämie) ja nein
Asthma/COPD ja nein
Atemwegs-/Lungenerkrankung ja nein
Lebererkrankung (Gelbsucht) ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Grüner Star ja nein
Rheuma ja nein
Schilddrüsenfunktionsstörung ja nein
Krebs ja nein wenn ja, welcher Typ _____

6. Leiden Sie an einer Krankheit die hier nicht aufgeführt ist? _____ ja nein
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche _____ ja nein
8. (Bei Patientinnen) Besteht bei Ihnen zur Zeit Schwangerschaft? Wenn ja, welche Woche _____ ja nein
9. Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
10. Nehmen/Nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahren Bisphosphonat
(wie Fosamax, Zometa, Xgeva, Prolia, Aclasta, Bonviva, Aredia) ein?
Wenn ja, wann? _____ ja nein
11. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung? Marcumar, Falithrom, Aspirin/ Ass,
Plavix, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Plavix, Heparin, Eliquis ja nein
12. Ist eine antibiotische Prophylaxe notwendig bei zahnärztlicher Behandlung notwendig (z.B. bei
Organtransplantation, künstliche Gelenke, Endokarditis) ja nein
13. Bekommen Sie Spritzen oder Tabletten vom Orthopäden oder Onkologen? ja nein
14. Leiden Sie an Neurodermitis ja nein
15. Haben Sie überdurchschnittlich viel Stress/Belastungen ja nein
16. Besitzen Sie einen Pflegegrad (z.B. bei Wiedereingliederung, Behinderungen)
welche _____ (Bitte Bescheinigung vorlegen!) ja nein, wenn ja:
17. (Bei Kindern/Jugendlichen mit getrennten Eltern) Besteht ein alleiniges Sorgerecht? ja nein

Bitte beantworten Sie die Fragen in ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, dass ich nicht in einem Basistarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.

Ich bestätige, alle vorstehenden Hinweise vernommen zu haben und die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.
Sollte ich noch Fragen bezüglich dieses Bogens haben kann ich diese jederzeit äußern.

Wuppertal,

X _____