

ANAMNESEBOGEN



Liebe/r Patient/in,

neben den Angaben zu Ihrer Person benötigen wir für die optimale Behandlung auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname _____ geb. _____

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. (mobil) _____ E-Mail* _____

* ... für Datenaustausch und Terminerinnerungen

Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

- privat versichert beihilfeberechtigt Basistarif
 gesetzlich versichert freiwillig gesetzl. versichert Zusatzversicherung

Wer ist Hauptversicherter? (falls abweichend von oben)

Name/Vorname _____ geb. _____

Falls abweichend von Adresse des/der Patienten/Patientin:

Str./Nr. _____ PLZ/Ort _____

Wer ist Ihr Zahnarzt?

Name _____ Ort _____

Grund für Ihren Besuch:

- Beratung
 Weiterbehandlung
 Beratung bzgl. Kiefergelenke
 andere Gründe: _____

Speziell kieferorthopädische (kfo.) Fragen:

Waren Sie schon in kfo. Behandlung oder E Beratung? ja nein
Falls ja: Bei wem? In welchem Zeitraum?

Liegt Folgendes vor?

- (nächtliches) Zähneknirschen ja nein
Schmerzen im Kiefergelenk ja nein
frühere Logopädie-Behandlung ja nein

Hatten Sie einmal einen Unfall oder sind operiert worden (Kopf-Nacken-Bereich)?

ja nein

Falls ja, wo und wann? _____

Bestehen **Allergien** (z.B. Nickel)? ja nein

Falls ja, welche? _____

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Anliegen:

- Bitte wenden -->

<p>Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der/des ...</p> <p>Herzens oder Kreislaufs <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Schilddrüse <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Hals-/Nasen-/Ohrenbereich <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Atemwege/Lunge <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wirbelsäule <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Haben oder hatten Sie ...</p> <p>... Zahnfleischbluten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... Diabetes <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... Ohrensausen/Tinnitus <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>... sonstige Erkrankungen/Infektionen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Medikamente:</p> <p><u>N</u>ehmen Sie/Ihr Kind Medikamente ein? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: Welche Medikamente? _____</p> <p><u>S</u>ind bei dem/der Patient/in jemals Medikamentenunverträglichkeiten aufgetreten? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: Bei welchen Medikamenten? _____</p> <p>Wann wurden von Ihnen zuletzt im Kopf-Kiefer-Zahnbereich Röntgenbilder angefertigt?</p> <p>_____</p> <p>Für unsere Patientinnen:</p> <p><u>S</u>ind Sie schwanger? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Falls ja: In welcher Woche sind Sie? _____</p>
--	---

Datenaustausch mit dem Zahnarzt / Röntgenaufnahmen

Aufgrund der neuen Datenschutzverordnung bitten wir Sie, uns zu ermächtigen, dem/ der Zahnarzt/-ärztin einen Brief mit den erhobenen Befunddaten und der beabsichtigten kieferorthopädischen Therapie und ggf. Röntgenbilder (verschlüsselt) zukommen zu lassen.

Ich bin mit der Weitergabe der oben genannten Daten an den Zahnarzt/-ärztin einverstanden.

Organisatorisches

- Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen.
- Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.
- Wenn die Versicherungskarte vergessen wird können Sie diese innerhalb von 10 Tagen nachreichen, ansonsten kann von Ihnen gemäß § 8 Absatz 2 BMV-Z eine Privatvergütung für die Behandlung verlangt werden.

In eigener Sache (freiwillige Angaben)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen Internet, über die Seite _____
- Überweisung Sonstiges: _____

_____, den _____
(Ort) (Datum)

Unterschrift: _____
(volljährige/r Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r)