

Ergänzungsanamnesebogen für unsere Patienten Aktualisierung Ihrer Gesundheitsdaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind verpflichtet stets Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu kennen, um mögliche bevorstehende zahnärztliche Behandlungen perfekt planen zu können. Dies gilt bereits für eine normale diagnostische Untersuchung Ihrer Mundgesundheit und für alle weiteren Eingriffe. Deshalb bitten wir Sie uns diesen Ergänzungsanamnesebogen so genau wie möglich auszufüllen und zu aktualisieren. Alle Angaben unterliegen, wie bei Ihrem Erstanamnesebogen, der ärztlichen Schweigepflicht! So sorgsam wie mit Ihren Daten, gehen wir auch mit Ihren Zähnen um!

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum-/ ort: _____
 Straße: _____ Beruf: _____
 PLZ/Ort: _____ Arbeitgeber: _____
 Tel.: _____
 Mobil: _____
 Mailadresse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist der Versicherte?

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße/ Ort: _____

Versicherungsverhältnis:

Gesetzlich versichert: _____ Zahnzusatzversicherung, wenn ja welche?
 Freiwillig versichert: _____
 Privat versichert: _____
 Beihilfeberechtigt: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck:

Herzkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Glaukom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher/ künstl. Herzklappen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
hoher Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lebererkrankung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Marcumar/ Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lungenerkrankung/ Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Magen- Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nasennebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben sie sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Seite 2

Sind sie z.Z. in anderer ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weswegen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name und Adresse: _____

Liegen neue Allergien/ Materialunverträglichkeiten vor? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie dazu einen Allergiepass? Ja Nein

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente empfindlich? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Wenn ja, ca. wie viele Zigaretten täglich? _____

Sollen wir im Allgemeinen in Zukunft bei Ihrer Behandlung etwas besonderes berücksichtigen, was uns noch nicht bekannt ist? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Kennen Sie unsere neue Internetseite? ja nein

Kennen Sie unseren Praxisfilm auf Youtube? ja nein

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in unserer Praxis. Liegt diese uns 10 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung nach der gültigen GOZ.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 48 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, wenn sich etwas ändert!

Ihr Praxisteam Dr. Torsten Kühn & Kollegen

Datum:

Unterschrift Patient: