

ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname _____

Nachname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geb. am _____

Handynummer _____

E-Mailadresse* _____

* Unser neuer Terminkalender ist in der Lage Sie schnell und einfach an Ihre Termine zu erinnern.

VERSICHERTE/R

(nur wenn versichert über z. B. Eltern, Ehepartner/in)

Vorname _____

Nachname _____

Geb. am _____

HAUSARZT/HAUSÄRZTIN

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

RECALL

Möchten Sie an unserem Recall teilnehmen? Wenn ja, bitte Auswahl treffen:

Halb-jährlicher Kontrolltermin

Jährlicher Kontrolltermin

Wie möchten Sie von uns benachrichtigt werden?

Per Brief

Per E-Mail

Per SMS

X

Unterschrift

Hiermit stimme ich zu, dass mein/e Zahnarzt/Zahnärztin an die oben aufgeführte Vorsorgeuntersuchung erinnern darf.

BONUSHEFT

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 bzw. 10 Jahre)

Ja

Nein

PFLEGEGRAD

(falls zutreffend)

Grad 1

Grad 4

Grad 2

Grad 5

Grad 3

GESUNDHEITSFRAGEN | 1 VON 2

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

HERZ / KREISLAUF

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Schmerzen / Enge-Gefühl im Brustkorb
- Herzinfarkt (auch in der Vergangenheit)
- Herzschrittmacher
- Herzrhythmusstörung
- Herzklappenersatz
- Herzklappenentzündung (Endokarditis)

GEFÄSSE / BLUT

- Schlaganfall
- Thrombose
- Gerinnungsstörung
- Nachblutung nach OP
- Häufig Nasenbluten
- Blaue Flecken auch ohne Verletzungen

ZENTRALES-NERVEN-SYSTEM, GEMÜT

- Epilepsie
- Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
- Depressionen
- Angstzustände

IMMUNOLOGISCHE ERKRANKUNG / AUTOIMMUNERKRANKUNG

- Diabetes Typ I
- Hashimoto-Thyreoidetes
- Morbus Crohn
- Colitis Ulcerosa
- Zöliakie
- Rheumatoide Arthritis
- Multiple Sklerose
- Lupus erythematodes

KNOCHEN / BEWEGUNGSAPPARAT

- Arthrose
- Osteoporose (bitte auch Medikation angeben)

- Künstliche Gelenke
- Gicht
- Fibromyalgie

LEBER

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C

GESUNDHEITSFRAGEN | 2 VON 2

ATEMWEGE / LUNGE

Asthma
Tuberkulose
COPD
Schnarchen
Schlafapnoe

STOFFWECHSEL

Schilddrüsenüberfunktion
Schilddrüsenunterfunktion
Diabetes Typ II

ALLERGIEN

(Allergiepass, wenn vorhanden, vorne abgeben)

Heuschnupfen
Antibiotika _____
Schmerzmittel _____
Latex
Jod
Metalle

MAGEN / DARM

Reflux (Sodbrennen)
Ulkus

AUGEN

Grüner Star / Glaukom
Grauer Star

KREBSERKRANKUNG / TUMOR

Art: _____
Wann: _____
Bestrahlung
Chemotherapie

MEDIKAMENTE

(Medikamentenliste, wenn vorhanden, vorne abgeben)

ASS 100 / Aspirin
Marcumar / Phenprocoumon
Quick / INR: _____
Plavix / Clopidogrel
Eliquis, Pradaxa
Bluthochdruckmedikamente
Antidepressiva / Psychopharmaka
Antibabypille
Bisphosphonate / Denosumab
Weitere: _____

SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN

Raucher*in, am Tag: _____
Schwanger, SSW: _____

AUFFÄLLIGKEITEN MUND- / ZAHNBEREICH

Zahnspange in der Vergangenheit
Ungewöhnliche Reaktion auf zahnärztliche
Betäubung / Spritzen
Zahnfleischbluten
Zahnverlust durch Lockerung

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Internetsuche

Empfehlung

Sonstige: _____

BITTE GUT DURCHLESEN:

Zur Kenntnisnahme

Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Std. vorher abzusagen, da es uns in vielen Fällen leider nicht möglich ist, diese Termine kurzfristig wieder neu zu vergeben. Somit entstandene Kosten können bis zu 50€ in Rechnung gestellt werden. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die Ärzte, die im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung zur weiteren Leistungserbringung eingeschaltet werden müssen (Überweisungen, Pathologische Untersuchungen, konsiliarische Erörterungen).

Rechnungserstellung (Berechnungsfähigkeit) und Rechnungserstattung (Erstattungsfähigkeit) sind zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge. Deshalb dürfen wir als Zahnärzte unsere Rechnungen nicht nach den Vorstellungen Ihrer kostenerstattenden Stellen ausfertigen. Wir haben keinen Einfluss auf die Erstattung der in der zahnärztlichen Rechnung aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch private Krankenversicherungen, Beihilfestellen oder Zusatzversicherungen.

Seit dem 25.05.2018 ist die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft getreten. Auszüge aus dieser Verordnung können Sie dem Aushang im Wartezimmer entnehmen. Ausführliche Informationen hierzu erhalten Sie auf unsere Homepage www.vandoren.de.

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Std. beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder andere Medikamente. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Bitte informieren Sie uns zeitnah, falls sich etwas für uns wichtiges an Ihrem Gesundheitszustand ändert.

Vielen Dank.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

X