

Anamnesebogen

Dr. Thomas Kettner

Dr. Claudia Hoffmann



Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für eine individuelle, auf Ihren Gesundheitszustand abgestimmte Behandlung und Beratung benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Verschiedene Krankheiten können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie vor Ihrer Behandlung einige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand und eventuellen Vorerkrankungen zu beantworten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____
Geschlecht: _____ Geburtsdatum/-ort: _____
Straße: _____ PLZ /Ort: _____
Handynummer: _____ Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein Basistarif ja nein
Zusatzversicherung ja nein beihilfeberechtigt ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

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

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____
Evtl. Tel.: _____

Von welchem Zahnarzt wurden Sie überwiesen?

Name: _____ Ort: _____
Evtl. Tel.: _____

Liegt ein Pflegegrad vor? ja nein Wenn ja, welcher Schweregrad? _____

Stehen Sie zurzeit in Ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____

Wann war Ihre Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? _____

Anamnesebogen

Dr. Thomas Kettner

Dr. Claudia Hoffmann



Name: _____ Vorname: _____

Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen?

- Allergien, wenn ja, welche? Haben Sie einen Allergiepass? _____
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Atemwegserkrankung, wenn ja, welche? _____
- Blutgerinnungsstörung
- Diabetes Typ1 Typ2
- Grüner Star (erhöhter Augendruck)
- Hämatologische Erkrankungen(Erkrankung blutbildender Organe)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herzinsuffizienz/-schwäche
- Koronare Herzkrankheit / Agina pectoris Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt, wenn ja, wann? _____
- Herzschrittmacher Herzklappenfehler/-ersatz
- Erhöhter Blutdruck Verminderter Blutdruck
- Durchblutungsstörung
- Infektionskrankheiten, wenn ja, welche? _____
- Hepatitis A B C
- Immunmangel-Syndrom(AIDS)
- Lebererkrankungen
- Magen-Dram-Erkrankung Morbus Crohn
- Nierenerkrankung chronische Niereninsuffizienz
- Dialyse
- Osteoporose
- Rheumaerkrankung
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nervenerkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Künstliche Gelenke, wenn ja, wo? _____
- Durchblutungsstörung

nein ja

Nehmen Sie Blutgerinnungshemmende Medikamente wenn ja, welche? _____

Bisphosphonate? wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie andere Medikamente wenn ja, welche? (Bitte lassen Sie uns Ihren
Medikamentenplan zukommen)

Frühere Operationen: nein ja wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft nein ja wenn ja, in welcher Woche? _____

Stillen Sie derzeit? nein ja

Rauchen Sie? nein ja wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Haben Sie Angst vor
der Behandlung nein ja

Anamnesebogen

Dr. Thomas Kettner

Dr. Claudia Hoffmann



Name: _____

Vorname: _____

Ausfallgebühr:

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Bitte sagen Sie Ihren Termin spätestens 24 Stunden vorher ab, damit wir diese Lücke wieder besetzen können. Wir führen Terminwartelisten, die Sie bei Bedarf auch gerne nutzen können. Bitte sprechen Sie uns an.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls werden mir anfallende Kosten (behandlungsfreie Leerlaufzeiten in der Praxis) in Form einer Ausfallgebühr i.H.v. 15 EUR pro angefangene viertel Stunde in Rechnung gestellt.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Hinweis für gesetzlich Krankenversicherte Patienten:

Laut Kassenvertrag soll bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte eine Privatabrechnung erfolgen, wenn die Karte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungstermin beigebracht wird. Bitte vermeiden Sie diese Maßnahme!

Hinweis für privatversicherte und beihilfeberechtigte Patienten:

Die Rechnungsstellung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte / Ärzte. Erstattungseinschränkungen gemäß den Bestimmungen Ihres Versicherungstarifes oder restriktiver Beihilfeverordnungen können bei der Rechnungslegung nicht berücksichtigt werden.

Material- u. Laborkosten werden gemäß GOZ § 9 nach tatsächlichem Aufwand berechnet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB. sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.

Ich entbinde im Falle einer Weiter- bzw. Mitbehandlung anderer Zahnärzte / Ärzte Herrn Dr. Thomas Kettner und Frau Dr. Claudia Hoffmann von der Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, usw.) sowie weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung auf Anforderung an weiter- bzw. mitbehandelnde Zahnärzte / Ärzte übersandt werden.

Ich verpflichte mich, rechtzeitig Änderungen meiner Adresse und sonstiger Personalien sowie meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Recall

Ich möchte den „Recall-Service“ Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.
Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen an einen Untersuchungstermin per Brief E-Mail
Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter