HERZLICH WILLKOMMEN

in unserer Praxis für Zahnheilkunde!

DR. MED. DENT.
GUNTHER STAHL
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bevor wir uns in Ruhe um Ihre zahnmedizinischen Wünsche oder Sorgen kümmern, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns damit, Sie noch individueller beraten und vor allem risikoarm behandeln zu können. **Alle Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.**

Persönliche Angaben

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ/Wohnort:

Krankenkasse:
○ Gesetzlich ○ Privat ○ Zahnzusatzversicherung ○ Beihilfeberechtigt ○ Basistarif

Versicherter (falls abweichend vom Patienten)

Telefon privat: Telefon mobil:

*Telefon dienstlich: E- Mail:

*Beruf: *Arbeitgeber:

Behandelnder Hausarzt?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Zahnärztliche Anamnese

Rauchen Sie? ○ ja ○ nein pro Tag:

Letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung am:

Befinden Sie sich in kieferorthopädischer Behandlung? ○ ja ○ nein
Wenn ja, bei wem sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?

Wie alt ist Ihr Zahnersatz (Prothesen/Kronen/Brücken), wenn vorhanden?

Führen Sie ein Bonusheft? ○ ja ○ nein
Wenn ja, bitte zur ersten Behandlung mitbringen!

Hatten Sie schon einmal eine Paradontitisbehandlung? ○ ja ○ nein
Wenn ja, wann?

Wurde Ihnen eine Endokartitisprophylaxe vorgeschrieben? ○ ja ○ nein

Gab es mal Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung? ○ ja ○ nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ○ ja ○ nein, mich stört

Sonstiges:

Allgemeine Anamnese

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Erkrankungen von Herz-Kreislauf	ja	nein	Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen, Künstliche Herzklappe, Bypass, Herzfehler, Angina Pectoris, Erhöhter Blutdruck, Niedriger Blutdruck
Atemwegserkrankungen	ja	nein	Asthma, Atemnot
Infektionserkrankungen	ja	nein	HIV / Aids, TBC, MRSA
Lebererkrankungen	ja	nein	Hepatitis A B C
Nierenerkrankungen	ja	nein	Dialyse, Niereninsuffizienz
Stoffwechselstörungen	ja	nein	Diabetes, Schilddrüsenerkrankung
Erkrankungen an Knochen/Skelett	ja	nein	Osteoporose, Muskelerkrankung, Rheuma, Künstliche Gelenke
Erkrankungen von Magen, Darm	ja	nein	
Hauterkrankungen	ja	nein	
Sonstige Erkrankungen	ja	nein	

Blutgerinnungsstörung Tumorleiden Glaukom Epilepsie
Psychische Erkrankung Suchterkrankung _____

Allergien (Unverträglichkeiten)	ja	nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	ja	nein	welcher Monat?

Nehmen Sie zurzeit oder regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Blutverdünnende Medikamente	ja	nein	ASS Marcumar Xarelto, Plavix
Knochenstärkungsmittel (Bisphosphonate)	ja	nein	
Sonstige Medikamente	ja	nein	

Datenschutz

Die hier erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Als Patient erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Daten und Informationen zur Person und Gesundheitszustand im Praxiscomputer gesichert und statistisch ausgewertet werden. Auf die ausliegenden Patienteninformation zum Datenschutz nach der aktuellen europäischen Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) bin ich hiermit hingewiesen worden.

Hinweis

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten.
Wir bitten Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24h im Voraus abzusagen. Bei mehrmaligem Versäumen der Behandlungstermine behalten wir uns das Recht vor, die uns daraus entstandenen Kosten (zum Stundensatz) in Rechnung zu stellen.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die im Anamnesebogen geforderten Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß gemacht und die Hinweise verstanden habe.
Falls sich Änderungen zu meiner Adresse oder meinem Gesundheitszustand ergeben, werde ich dies der Praxis umgehend mitteilen.

Diessen am Ammersee, _____

Datum, Unterschrift Patient (ggf. Sorgeberechtigter)

*freiwillige Angaben