Anmelde – und Anamnesebogen

Name:_____ **Krankenkasse:** _____

pflichtversichert O
freiwillig versichert O
privat versichert O
beihilfeberechtigt O
private Zusatzversicherung O

Geb.Datum:_____ Beruf:_____

PLZ / Wohnort:_____
Str.:_____ Nr.: ____

Priv.Tel.:_____ Fax:_____ Dst.Tel.:_____ **e-mail** : _____

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in meine Praxis ? _____
Was ist ihr Anliegen zur Behandlung ?_____
Wo waren sie bisher in Behandlung? _____
Wann war Ihre letzte Zahnbehandlung ? _____War diese Behandlung abgeschlossen ? _____
Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt ? _____ haben sie einen Rö-paß? **Ja O Nein O**

- bitte ankreuzen -

Legen Sie bei der Behandlung besonderen Wert auf **örtliche Betäubung** ?	Ja O	Nein O
Haben Sie Angst vor der " **Spritze** " ?	Ja O	Nein O
Haben sie **Angst vor zahnärztlichen Behandlungen/Geräuschen**?	Ja O	Nein O

Wünschen Sie besondere Beratung über :

Zahnfarbaufhellung	O	**Laser behandlung**	O
Karies-stop-Programm	O	Parodontose-stop-Programm	O
Professionelle Zahnpflege	O	**Zahnbehandlung in Narkose**	O
Goldfüllungen	O	Kiefergelenk behandlung	O
Zahnfarbene Füllungen	O	**Keramikfüllungen**	O
Zahn-Schmucksteine	O	**Implantate**	O

Leiden Sie häufig unter Kopf- , und / oder Nackenschmerzen ? Ja O Nein O

Auf der Rückseite *finden Sie nun noch einige Fragen, zu Erkrankungen die einen direkten Einfluß auf die zahnmedizinische Behandlung haben.*
Bitte beantworten Sie diese sorgfältig und vollständig. Sie vermeiden damit ungewollte Komplikationen und Behandlungsverzögerungen . Sollte sich Ihr Gesundheitszustand im Laufe der Zeit ändern, bitten wir Sie, uns zu Ihrer eigenen Sicherheit darüber zu unterrichten, so daß ich auf die veränderte Situation eingehen können.
Sie wissen ja : Alle Angaben unterliegen natürlich unserer ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeinärztliches Konsil zur zahnärztlichen Therapie (Ja ↓ Nein ↓)

Waren Sie kürzlich oder sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung ?	O	O
Wer ist Ihr behandelnder **Hausarzt** ? **Dr.** _____		**Tel :** _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein ? _____

Nehmen Sie Drogen ein ? Welche? _____	O	O
Sind sie Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten etc. pro Tag:_____	**O**	**O**
Besteht bei Ihnen eine **Schwangerschaft** ? Woche:_____	O	O

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ? (Ja ↓ Nein ↓)

Herzerkrankung: **-Infarkt , Angina pectoris , -Arrythmien , -insuffiziens**	O	O
Hoher Blutdruck	O	O
Endokarditis *(Herzinnenhautentzündung)*	O	O
Tragen Sie einen **Herzschrittmacher ?**	O	O
Haben Sie Durchblutungsstörungen / Beinvenenthrombosen	O	O
Bluterkrankungen , erhöhte Blutungsneigung	O	O
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein	O	O
Haben Sie schon einmal Bluttransfusionen erhalten	O	O
Hatten Sie einen Schlaganfall	O	O
Allergien gegen Antibiotika / Penicilline	O	O
" Kunststoffe / Latex	O	O
" Medikamente	O	O
" Sonstige Allergien : _____		
" Haben Sie einen **Allergiepaß**	O	O
Infektionskrankheiten wie Tuberkulose	O	O
Gelbsucht (A , B , C , D , E)	O	O
Immunschwäche (Aids , HIV)	O	O
Allgemeines Diabetes (Zuckerkrankheit)	O	O
Asthma	O	O
Schilddrüsenüberfunktion, - unterfunktion	O	O
Nierenerkrankung	O	O
Lebererkrankung	O	O
Magen - / Darmerkrankung	O	O
Anfallsleiden / Epilepsie	O	O

Hinweis zu unserer Organisation: Diese Praxis wird nach einem Terminsystem geführt.

Das bedeutet für Sie, die vereinbarte Zeit ist nur für Sie reserviert. Es entstehen dadurch nur geringe Wartezeiten für Sie! Qualitätsarbeit ist nur ohne Zeitdruck möglich!
Das bedeutet für sie aber auch : sollten Sie zu einem vereinbarten Termin verhindert sein, bitten wir Sie daher um Benachrichtigung bis spätestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn !
Ansonsten kann Ihnen durch Ihr Versäumnis nach §§ 304 u. 615 BGB die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden, wenn sich in dieser Zeit kein Ausweichpatient finden sollte !

Zu meinen Pflichten gehört auch kurzfristig Notfälle zu versorgen, oder bei Operationen werden medizinisch notwendige, nicht vorherssehbare behandlungsmaßnahmen erforderlich. Dies kann dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Wir informieren sie dann rechtzeitig darüber und bitten sie dafür vorab um Ihr Verständnis.

Ihre Zahnarzt C.W. Nordheim

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit u. Richtigkeit meiner Angaben.

_____ (Datum) _____ (Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten)

Ich bin damit einverstanden, am Erinnerungsservice (Recall) zur Zahn- und Gesundheitsvorsorge teilzunehmen.

_____ (Datum) _____ (Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten)

--Wir freuen uns Ihnen helfen zu können --