



KÜHN UND WÜSTHOFF

ZAHNHEILKUNDE

Anamnesebogen

Nachname, Vorname (Patient)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Email

Beruf

Name der Krankenkasse

Gesetzlich versichert

Gesetzlich mit privater Zusatzversicherung

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzklappenerkrankung
- Herzklappenersatz
- Herzschrittmacher
- Bypass-Operation
- Schlaganfall
- Herzinfarkt

Erkrankungen des blutbildenden Systems:

- Bluter
- Blutarmut

Augen:

- Grüner Star (Glaukom)
- Grauer Star

Atemwegserkrankungen:

- Asthma
- Bronchitis

Magen-Darm-Trakt:

- Magenerkrankungen
- Darmerkrankungen

Blasen-/Nierenerkrankungen:

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

Zentrales Nervensystem:

- Epileptische Anfälle
- Psychische Erkrankungen

Stoffwechselerkrankungen:

- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Zuckerkrankheit (Diabetes)

Tumorerkrankungen:

- Aktuelle oder
frühere Tumorerkrankung
- Bestrahlung
- Chemotherapie

Infektionserkrankungen:

- HIV
- Hepatitis
- Tuberkulose

Andere:

Allergien/Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika
- Schmerzmittel
- Antibiotikum (z.B. Penicillin)
- Nebenwirkungen nach zahnärztlichen
Spritzen

Andere:

Sonstige Erkrankungen:

- Osteoporose
- Kopfschmerzen/Migräne

Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte, Erkrankungen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto etc.)?

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (erhalten Sie z.B. halbjährlich eine Infusion oder Spritze?)

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja, welche?

Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Möchten Sie von uns an die halbjährlichen Kontrollen erinnert werden? Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Social Media/Facebook Google Empfehlung (falls ja, von wem?)

Zeitung

Wichtige Informationen:

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

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Kühn und Wüsthoff die bereits in der Praxis Dr. Dann vorhandenen Patientenunterlagen (Befunde, Röntgenbilder und Behandlungsdokumentationen) zu meiner Weiterbehandlung verwenden darf.

Hiermit bestätige ich, dass ich nicht im Standard-, Basis- oder Notlagentarif bzw. im Studententarif der Privaten Krankenversicherung versichert bin.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige, dass ich die an der Rezeption ersichtliche Datenschutzerklärung gelesen und verstanden habe.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und Erziehungsberechtigter