



ZAHNARZT
DR. DENNIS FORKL

ANAMNESE – FRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für eine risikofreie Behandlung ist die sorgfältige und gewissenhafte Beantwortung der Krankengeschichte für uns von großer Bedeutung. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz, sowie der ärztlichen Schweigepflicht.

Wodurch kommen Sie in unsere Praxis?

direkte Überweisung von meinem Zahnarzt: _____

Empfehlung von: _____ Sonstiges: _____

Patient

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ-Ort: _____

Krankenkasse/ Vers. Nr.: _____ Geb. Dat.: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Versicherter (Nur ausfüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ-Ort: _____

Krankenkasse/ Vers. Nr.: _____ Geb. Dat.: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Bitte nennen Sie uns den Grund Ihres Besuches in unserer Praxis

Kontrolle

Implantat Beratung

Sanierung

Notfallbehandlung

Beratung

Prophylaxe

Besteht eine Zusatzversicherung?

Ja

Nein

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE ANAMNESE

Nahmen Sie während der letzten 5 Wochen regelmäßig Medikamente?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche: _____

Bitte kreuzen Sie jene Punkte an, auf die Sie ungewöhnlich/allergisch reagieren

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Erythromycin (Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Metalle (Gold) |
| <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika (Spritzen) |
| <input type="checkbox"/> Tetracyclin (Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Aspirin |
- Medikamente: _____
- Sonstiges: _____

Bitte kreuzen Sie jene Krankheiten/Punkte an, die auf Sie zutreffen

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion (Aids) | <input type="checkbox"/> Blutarmut |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Magen- od. Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (Tbc) | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Haben oder hatten Sie eine Strahlen- oder Chemotherapie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie RaucherIn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie manchmal Beschwerden in den Kiefer- und Nasennebenhöhlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie manchmal Schmerzen/Spannungsgefühl im Kiefergelenk/Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sind Sie ängstlich während der Zahnbehandlung?

- Nein Ein wenig Ja, sehr

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Es werden nicht alle Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Sie erklären sich damit einverstanden, dass vor Behandlungsbeginn, nach Erhalt eines Heilkostenplans, eine 50%ige Anzahlung geleistet werden muss.

Falls Sie verhindert sind, bitten wir Sie um rechtzeitige Absage (mind. 24 Stunden vorher)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihnen bei nicht rechtzeitiger Terminabsage lt. den autonomen Honorarrichtlinien 2020 € 246,- pro Stunde verrechnen müssen.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben aufgeführten Angaben und stimme der Speicherung und zweckmäßigen Verwendung meiner persönlichen Daten in der Praxis, bei Auftragsverarbeitern oder anderen Verantwortlichen (Ärzte, Krankenkassen) zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____