

Anamnesebogen für erwachsene Patienten

Herzlich willkommen in unserer Praxis Runge & Runge!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Ihre Patientenangaben

Herr Frau Kind

Name Vorname Geburtstag

Mitglied
.....

Anschrift

Strasse Hausnummer Telefon privat

Postleitzahl Ort

Krankenkasse
..... Mitgliedsnummer

Beruf/Arbeitgeber
..... Telefon tagsüber

Für Kassenpatienten:

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und Sie erhalten eine Rechnung nach der der privaten Gebührenordnung (GOZ).

Wünschen Sie, von uns über neuere und bessere zahnmedizinische Versorgung informiert zu werden, auch wenn diese Leistungen von den Krankenkassen nicht oder nur teilweise übernommen werden?

ja nein

Wünschen Sie, insbesondere über unser intensives Prophylaxeprogramm informiert zu werden?

ja nein

Wünschen Sie, von uns an Ihre nächste Kontrolluntersuchung erinnert zu werden?

ja nein

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind.

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

.....
Art der Behandlung

Hausarzt/Facharzt

Name Adresse Telefon

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen eine Allergie oder der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

.....

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzkrankheiten

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein

Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien) ja nein

Herzasthma, Angina pectoris ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz ja nein

.....
Sonstiges

Schwangerschaft

Sind Sie zur Zeit schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. Monat

Kreislaufferkrankungen

Blutdruck zu hoch zu niedrig
Herzerkrankungen (Zustand nach Herzinfarkt, Bypass-OP) ja nein

.....
Art der Herzerkrankung

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

.....
Sonstiges

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel ja nein

.....
Sonstiges

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein
Magen-/ Darmerkrankungen ja nein
Schilddrüsenerkrankungen ja nein

.....
Sonstiges

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle ja nein
Krämpfe ja nein

.....
Sonstiges

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein
Blutarmut (Anämie) ja nein

.....
Sonstiges

Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Herpatitis A/B/...) ja nein
Tuberkulose ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten, etc. ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein

..... pos. negativ
Sonstiges

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

.....
Geröntgte Körperstellen

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Angaben zur Person und die Behandlungsdaten werden in unserer Praxis per EDV gespeichert. Ich habe gegen diese Maßnahme keine Einwände. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Vereinbarung zur Einhaltung eines Behandlungstermins

Praxis Runge & Runge ist eine Bestellpraxis, die nach einem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist.

Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Behandlungstermine nicht einhalten, diese **spätestens 24 Stunden** vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß §615 BGB und §304 BGB in Verbindung mit dem §296 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Einverständniserklärung

Ich habe die oben genannte Terminvereinbarung gelesen und zeige mich mit der Vereinbarung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/Patientin oder erziehungsberechtigte Person