

## Anamnesebogen für Erwachsene ab 18 Jahren

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Telefonnummer (mobil / Pflichtangabe) \_\_\_\_\_

E-Mail (Pflichtangabe) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

mitversichert bei \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Hausarzt (Name, Ort) \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_  Beihilfe \_\_\_\_\_

Ich habe einen „Gesetzlichen Betreuer“ der bei der Behandlung mitentscheidet

### Empfohlen durch

- Arzt
- Bekannte
- Internet
- Sonstiges \_\_\_\_\_



## Allgemeine und zahnärztliche Anamnese

### Warum suchen Sie uns auf?

- Routinekontrolle
- Schmerzen
- Zahnreinigung
- Implantate
- Schnarchen
- Ästhetik verbessern
- gesünderes Zahnfleisch
- Kieferorthopädie (Invisalign)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Nehmen Sie

- Herzmedikamente
- Cortison (Kortikoide)
- Antidepressiva
- Bisphosphonate (bein Osteoporose, Tumoren) (Bonviva, Fosamax, Actonel, Skelid, Ostac, Bonefos, Didronel, Disphos)
- Blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, ASS
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Gesundheitssituation

- Bluthochdruck
- Blutgerinnungsstörung \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungsstörung / Schlaganfall: \_\_\_\_\_
- Allergien / wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- HIV / Hepatitis / Tuberkulose
- Diabetis / Wie hoch ist Ihre HbA1c - Wert? \_\_\_\_\_  
(Der HbA1c erlaubt einen Rückschluss auf die Qualität der Blutzuckereinstellung in den letzten acht bis zwölf Wochen. Wir schätzen damit ihr persönliches Risiko für das zukünftige Fortschreiten der Parodontitis ein)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?     Ja     Nein

### Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?     Ja     Nein

### Honorar & Abrechnung

Die Honorarabrechnung erfolgt auf Grundlage der jeweiligen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Fehlende oder gekürzte Kostenerstattungen durch Versicherungen oder Beihilfestellen ändern daher nichts an dem gemäß der GOZ festgelegten Honorar. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, auch bei fehlenden oder gekürzten Kostenerstattungen durch die Versicherung oder Beihilfestelle die von uns in Rechnung gestellten Positionen vollständig zu bezahlen.

### Einverständniserklärung

Unsere Praxis arbeitet mit einem Bestellsystem, das bedeutet, dass wir den vereinbarten Termin für Ihr Kind reservieren. Wenn Sie diesen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, ihn mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls berechnen wir für die nicht genutzte Zeit von Arzt, Personal und Behandlungsraum einen Pauschalbetrag von 50,-€.

- Ich habe den Anmeldebogen aufmerksam gelesen, verstanden und bestätige mit meiner Unterschrift mein Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger / Gesetzl. Betreuer

