

Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Telefon priv.: _____ Telefon dienstl.: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Beruf : _____

Pflegegrad: _____ beihilfeberechtigt zu.....Prozent

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

- (ja) (nein) Neigen Sie zur Ohnmacht?
- (ja) (nein) Haben Sie zu hohen Blutdruck?
- (ja) (nein) Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

Haben Sie Herzerkrankungen?

- (ja) (nein) Herzfehler
- (ja) (nein) Herzklappenprothese
- (ja) (nein) Herzinnenhautentzündung
- (ja) (nein) Herzoperation
- (ja) (nein) Herzschrittmacher

Leiden Sie unter

- (ja) (nein) Zuckerkrankheit
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörung
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung
- (ja) (nein) Lungenerkrankung
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Magen-Darm-Erkrankung
- (ja) (nein) Nervenerkrankung
- (ja) (nein) Immunschwäche (HIV pos.)
- (ja) (nein) Anfallsleiden

Welche sonstigen Erkrankungen bestehen derzeit?

- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie?

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.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene größere Termine (ab 1 Stunde) die nicht spätestens 48 Stunden vorher abgesagt wurden, mit einem Stundensatz (nach §615 BGB) von bis zu 200,- EUR/h in Rechnung gestellt werden können. Ausnahmen sind natürlich Krankheit, Unfall und andere nicht vorhersehbare Ereignisse.

Wir bieten in unserer Praxis kinesiologische Testungen bzw. ganzheitliche Behandlung an, diese werden nach einem Stundensatz von 350,- €, anteilig nach Zeitaufwand berechnet.

Ich wurde hiermit darüber aufgeklärt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger alle anfallenden Kosten selbst tragen werde

Amt Wachsenburg, den Unterschrift