

# Anamnesebogen



**Ihre Zahnärzte in Datteln**

Gemeinschaftspraxis

Dr. Maximilian Berkel · Dr. Johannes Eberwein

Patient Frau/Herr Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 geb. \_\_\_\_\_  
 Geburtsort \_\_\_\_\_

Mitglied/Versicherter Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Anschrift Straße/Nr. \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse / Privatkrankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsart  gesetzlich  freiwillig  zusätzlich privat  privat  privat Standardtarif  beihilferechtigt

## Warum suchen Sie uns auf?

<input type="radio"/> Routinekontrolle	<input type="radio"/> Beratung	<input type="radio"/> Schmerzbehandlung	<input type="radio"/> neuer Zahnersatz	<input type="radio"/> zweite Meinung	<input type="radio"/> andere Gründe:
_____					

## Allgemeine Situation

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher bzw. zahnärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche Erkrankung wird behandelt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ist ein Medikamentenplan vorhanden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an einer Medikamentenallergie oder sonstigen Allergien? Wenn ja, wogegen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie Asthmatiker?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an einer Herzerkrankung oder an Kreislauferkrankungen? Wenn ja, welchen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie einen Herzklappenersatz oder künstliche Knie-/ Hüft-Gelenke?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung (Hämophilie) oder nehmen blutgerinnungshemmende Medikamente (Marcumar/ASS etc.) ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an Diabetes oder anderen Stoffwechselerkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? <input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems (Epilepsie/Krämpfe) und/oder an psychischen Erkrankungen? Wenn ja, welchen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (Hepatitis A/B/C, Tuberkulose, HIV/Aids)? Wenn ja, welchen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an einer Augenerkrankung (Engwinkelglaukom)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Wenn ja, welchen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie? täglich: _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche? Schwangerschaftswoche _____	<input type="radio"/> ungewiss	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wir bitten um sofortige Mitteilung, wenn während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt!		
Ich möchte Terminerinnerungen erhalten: <input type="radio"/> per SMS <input type="radio"/> per E-Mail	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? _____		

Unsere Zahnarztpraxis ist eine Bestellpraxis. Falls Sie eine reservierte Behandlungszeit einmal nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, rechtzeitig (möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen leider keinen festen Termin mehr zusichern. Ausfallzeiten (**Ausfallgebühr: 150 Euro/Std.**) können nach § 615 BGB, § 287 ZPO berechnet werden.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer zahnärztlichen Behandlung eingeschränkt sein kann. Außerdem bitten wir Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter) \_\_\_\_\_

**Wir bieten in unserer Praxis auch Bar- und EC-Zahlung an, um Ihnen unnötigen Bürokratieaufwand zu ersparen.**