Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Familien-Praxis !

Um Sie optimal und individuell behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen. Auch allgemeine Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. **Bitte teilen Sie jede Änderung Ihres Gesundheitszustands mit**. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Dr. Andrea Düerkop
ZAHNHEILKUNDE

Nachthutstr. 6 I Haldensleben
Telefon: 03904 71580
Mail: info@praxis-dueerkop.de
www.praxis-dueerkop.de
zahnarzt_hdl

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mail: _____

Beruf: _____

Grund Ihres Zahnarztbesuches: _____

Sind Sie ein ängstlicher Patient? ja___ nein___

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung? ja___ nein___

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Herz- und Kreislauferkrankungen

Bluthochdruck	ja___	nein___
Endokarditis	ja___	nein___
Herz-Operation	ja___	nein___
wenn ja, welche:		
Anfallsleiden/ Epilepsie	ja___	nein___
Lungenerkrankung/Asthma	ja___	nein___
Blutungsneigung (erblich/ med.)	ja___	nein___
Lebererkrankung	ja___	nein___
Drogen- / Alkoholabhängigkeit	ja___	nein___
Nierenerkrankung	ja___	nein___
Schilddrüsenerkrankung	ja___	nein___
Grüner Star (Glaukom)	ja___	nein___
Diabetes Typ 1/ Typ 2	ja___	nein___
Osteoporose	ja___	nein___

Rauchen Sie? Wie viel?

weitere Erkrankungen:

HIV/AIDS	ja___	nein___
Tuberkulose	ja___	nein___
Hepatitis A B C	ja___	nein___

Allergien

gegen Medikamente, Betäubungs-/ Schmerzmittel, Desinfektionsmittel, Gummihandschuhe (Latex), Werkstoffe

Traten bei früheren Behandlungen / Operationen Nebenwirkungen auf ?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:

Welche unserer Leistungen interessiert Sie besonders?

- ○ Prophylaxe/ Zahnreinigung
- ○ Kinder-Prophylaxe und Milchzahnfüllungen
- ○ Amalgamalternativen
- ○ Bleaching
- ○ Zahnersatz
- ○ Implantate

Unsere Praxis ist eine Bestellpraxis. Jeder mit Ihnen vereinbarte Termin ist ausschließlich für Sie reserviert. Aus diesem Grund sagen Sie bitte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens **24 Stunden vorher** ab. Für nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir eine Rechnung in Höhe der jeweiligen Therapievergütung.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdokumentation, Abrechnung und Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Überweisern und Dienstleistern (Dentallabor, Röntgenstelle) zu. Ich bin darauf hingewiesen worden werden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Mit meiner Unterschrift bin ich mit der Teilnahme am **Recall** System sowie einer **Terminerinnerung** einverstanden.

_____

Datum, Unterschrift Patient/-in bzw. Erziehungsberechtigte/-r