

**DIANA WIRTH
ZAHNÄRZTIN**

Beethovenstr. 1 – 78464 Konstanz
Telefon: 07531/813244 – Telefax: 07531/813255
praxis@dw-zahnmedizin.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Adresse/ Straße: _____
Adresse/ PLZ+Ort: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Beruf: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt: ja nein

Arbeitgeber, Ort: _____

Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja nein

Haben Sie ein Bonusheft?

ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte

Bitte beantworten Sie folgende Fragen so genau wie möglich, denn es geht um Ihre Gesundheit.

Hausarzt: _____

Werden/ wurden Sie in letzter Zeit **ärztlich behandelt**? ja nein

Wenn ja warum? _____

Leiden Sie an einer Infektionserkrankung?

Hep B Hep C HIV Tuberkulose MRSA/Creutzfeld Jakob

Sind Sie stark immungeschwächt? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn Ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche? _____ ja nein
Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag _____ ja nein
Leiden Sie an Mundgeruch? ja nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen/ Migräne? Wie oft im Monat? _____ ja nein

Schnarchen Sie?

wenn ja, leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? ja nein
Tragen Sie eine Cpap-Maske? ja nein
Haben Sie schlafbezogene Atmungsstörungen (z.B. obstruktive Schlafapnoe) ja nein
Haben Sie aktuell eine belastende Situation? ja nein

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Knacken im Kiefergelenk? ja nein
Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Tragen Sie eine Knierscherschiene? ja nein

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Herzinnenhautentzündung? (Endokarditis) ja nein
Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe? ja nein
Angina Pectoris? ja nein
Herzschrittmacher? ja nein
Herzinfarkt? Wann? _____ ja nein
Sie haben einen hohen Blutdruck niedrigen Blutdruck
Schlaganfall? Wann? _____ ja nein

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes mellitus, welcher Typ _____? ja nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Bluterkrankungen:

Blutarmut (Anämie)? ja nein
Bluterneigung (Hämophilie)? ja nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein
Welche?: _____
Blutgerinnungsstörung Quick? _____ INR _____ ja nein

Allergien:

Reagieren Sie überempfindlich auf?
-> Spritzen ja nein
-> Antibiotika oder Schmerzmittel? ja nein
Welche: _____
-> Metalle? Welche _____ ja nein
Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Lungenerkrankungen:

Asthma? Lungenerkrankung post Covid? ja nein
COPD ja nein

Sonstige Erkrankungen:

- Epilesie? ja nein
- Tumorerkrankungen? Welche? _____ ja nein
- Wann: _____
- Stehen Sie in medikamentöser Chemo/ Strahlentherapie? ja nein
- Hatten Sie jemals eine Kieferhöhlenentzündung? ja nein
- Rheuma/ Gelenkbeschwerden? ja nein
- Tragen Sie Gelenkprothesen oder Implantate? Seit wann? _____ ja nein
- Wo? _____
- Leiden Sie an Osteoporose? ja nein
- Nehmen Sie Bisphosphonate oder bekamen Sie diese schon einmal intravenös? ja nein
- Brauchen Sie eine antibiotische Abdeckung vor zahnärztlichen Eingriffen? ja nein
- Besteht ein übermäßiger Würgereiz? ja nein
- Treiben Sie Sport? ja nein
- Kam es dabei schon zu einem Zahnunfall? ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass mir (falls notwendig) eine Lokalanästhesie gegeben wird (= örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich - chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

- Eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung ja nein
- Sonstiger Grund _____

Haben Sie Interesse an folgenden **zuzahlungspflichtigen** Leistungen:

- Professionelle Zahnreinigung? ja nein
- Bleaching/ Zahnaufhellung? ja nein
- Strahlend schöne Frontzähne? ja nein

An regelmäßige Termine möchte ich erinnert werden:

- Kontrolluntersuchungen & Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung / Formularübermittlung / Kommunikation wünsche ich

- per SMS per E-Mail per Telefonanruf

Falls Sie Ihren reservierten Termin einmal nicht einhalten können, möchten wir Sie bitten, diesen mindestens 24 Stunden vorher per Telefon oder E-Mail abzusagen.

Ansonsten wird Ihnen die reservierte Zeit in Rechnung gestellt §615 BGB 120,-€ pro Stunde, da diese nicht für andere Patienten zur Verfügung steht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Konstanz, _____

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten

Hiermit willige ich ein, dass meine behandelnde Zahnärztin

DIANA WIRTH

die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungs-halber mit dem/den Kollegen bzw. der/den Kollegin/nen z.B. der Urlaubs- oder Fortbildungsververtretung sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in dieser Praxis tätigen Hilfspersonen (Sprechstundenhilfe, Fach- und Laborangestellte)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich gleichzeitig, dass meine erhobenen Daten - sofern dies notwendig ist - an zahntechnische Labore und Fachpraxen / Institute im Konsil (Physiotherapie, Diagnostische Institute) sowie sonstige Dienstleister weitergeben werden.

Diese Zustimmung kann jederzeit - allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft - widerrufen werden. Der Widerruf ist gegenüber der Praxis zu erklären.

Konstanz, den

Unterschrift: Peter BEISPIEL