

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Dieser Bogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte füllen Sie die Angaben sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind für eine optimale Behandlung wichtig. Wir sind Ihnen als Praxisteam selbstverständlich gern beim Ausfüllen behilflich. Wir möchten Sie bitten, zu **jeder Behandlung**, einen **aktuellen Medikamentenplan** und **Herzpass** (wenn vorhanden) mitzubringen.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon Festnetz/Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Zusatzversicherung

Hausarzt/ -ärztin: _____

Facharzt/-ärztin: _____

Allgemeinmedizinische Angaben

Gab es in den letzten 6 Monaten Krankenhausaufenthalte oder Operationen bei Ihnen?

☐ Nein ☐ Ja: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt)

☐ Tragen Sie einen **Herzschritmacher**?

☐ Haben Sie eine **künstliche Herzklappe**?

☐ **Diabetes** ☐ Typ1 ☐ Typ2 ☐ Schwangerschaftsdiabetes

☐ Osteoporose

☐ Rheuma / Autoimmunerkrankungen

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Asthma / COPD

☐ Epilepsie

☐ Blutgerinnungsstörungen

☐ Hepatitis ☐ HIV

☐ Krebserkrankungen (auch in der Vergangenheit)

☐ Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung)

☐ Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, bitte auflisten, **bei mehr als 3 Medikamenten Medikamentenplan** mitbringen:

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Allergien/ Unverträglichkeiten

☐ keine bekannt ☐ Ja, welche?

Gibt es etwas, dass wir wissen sollten, um Sie gut und sicher zu behandeln?

Zahnmedizinische Informationen

Wünschen Sie in der Füllungstherapie eine ausreichende und zweckmäßige einfache Kassenfüllung ohne Zuzahlung?

☐ Nein ☐ Ja

Oder:

Wünschen Sie eine hochwertige, über die Kassenfüllung hinausgehende „gesunde“, farblich angepasste Kunststofffüllung, Zuzahlung ca. 30-60€

☐ Nein ☐ Ja

Wünschen Sie eine 2. Zahnsteinentfernung im selben Kalenderjahr als Privatleistung?

☐ Nein ☐ Ja

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL)

(nicht Bestandteil der Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse, werden privat in Rechnung gestellt)

☐ Vitamin-D-Testung **ca.30€** (Vitamin D-Spiegel kann Einfluss auf Knochen-Stoffwechsel, Parodontose, Implantatheilung haben)

☐ Bestimmung Entzündungswert CRP **ca.15€** (wichtiger Marker für Entzündungen im Körper)

☐ Messung Langzeitzucker HbA1c **ca.15€** (verpflichtend in der Parodontosetherapie)

Und ja: Der Zahnarztstuhl ist oft der Ort, an dem der Körper Dinge verrät, die er sonst höflich verschweigt.

Erklärung

Ich habe diesen Anamnesebogen gelesen, verstanden und versichere, dass ich alle Angaben nach meinem eigenen aktuellen Kenntnisstand gemacht habe. Zu meiner näheren Information hatte ich Gelegenheit Fragen zu stellen. Ich verpflichte mich, Änderungen, die sich während der Behandlung ergeben, dem behandelnden Arzt unverzüglich mitzuteilen.

Wittichenau, den _____ Unterschrift _____