

Anmeldebogen mit Anamnese

6. August 2024

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in "Ihrem ganzheitlichen Zahnzentrum". 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: _____
E-Mail privat: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
gesetzlicher Betreuer/in ja nein
wenn ja, wer _____

Telefonnummern:

Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Krankenkasse: _____
Pflichtversichert: ja nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein
Pflegegrad ja nein
– wenn ja Grad _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns? _____

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein
Blutet Ihr Zahnfleisch und/oder zieht es sich zurück? ja nein
Sind einzelne Zähne gelockert? ja nein
Haben Sie Geräusche und/oder Schmerzen im Kiefergelenk? ja nein
Sind Sie zufrieden mit dem Zustand Ihrer Zähne? ja nein
Haben Sie wurzelbehandelte und/oder beherdete Zähne? ja nein
Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Jahre eine Röntgenuntersuchung? ja nein
Tragen Sie Zahnersatz? Wenn ja, wie alt ist ihr Zahnersatz ca.?: _____ ja nein

Möchten Sie über ganzheitliche Zahnmedizin informiert werden? ja nein
Möchten Sie über biokompatiblen Zahnersatz informiert werden? ja nein
Möchten Sie eine Aufklärung über Implantate? ja nein

Möchten Sie eine Beratung über Zahnaufhellung/Bleaching? ja nein

Sind Sie an einer Behandlung mit Hyaluronsäure interessiert? ja nein

Haben Sie eine private (Zahn) -Zusatzversicherung? ja nein

Besitzen Sie ein Bonusheft? **Wenn ja, bitte nächstes Mal mitbringen.** ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, gegen was? _____ ja nein

Haben/Hatten Sie eine asthmatische Erkrankung? Wenn ja, was/welche? _____ ja nein

Haben/Hatten Sie eine Magen-/Darmerkrankung? Wenn ja, was/welche? _____ ja nein

Haben/Hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? Wenn ja, was/welche? _____ ja nein

- Wenn ja, benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe? ja nein

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben/Hatten Sie Blutgerinnungsstörungen? Wenn ja, was/welche? _____ ja nein

Haben Sie hohen oder niedrigen Blutdruck? (Zutreffendes unterstreichen) ja nein

Haben/Hatten Sie Diabetes? ja nein

Haben/Hatten Sie Osteoporose? ja nein

Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung? Wenn ja, was/welche? _____ ja nein

Haben/Hatten Sie eine Nierenerkrankung? Wenn ja, was/welche? _____ ja nein

Haben/Hatten Sie grünen und/oder grauen Star? (Zutreffendes unterstreichen) ja nein

Haben/Hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja, was/welche? _____ ja nein

Leiden/Litten Sie an einer Infektionskrankheit? ja nein

HIV Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C TBC

Sonstige Erkrankungen? Bitte angeben: _____ ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Drogen? ja nein

Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen/Migräne? ja nein

Sind Sie schwanger bzw. könnten Sie schwanger sein? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Einnahme von (Auch in der Vergangenheit): ja nein

ASS Blutverdünnern?(z.B. Marcumar, Xarelto, Lixiana, etc.) Bisphosphonaten?

An folgende Termine möchte ich erinnert werden:

- Kontrolluntersuchungen
Professionelle Zahnreinigung

Die Erinnerung wünsche ich

- per E-Mail
per SMS
per Brief
per Telefonanruf

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck behandlungsbezogener Schriftstücke und Formulare durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Langen,

Unterschrift

Vergütungsvereinbarung für Terminversäumnis (Ausfallshonorar)

Wir verfügen über ein Bestellsystem mit einem Terminkalender und die vereinbarte/n Zeit/en sind ausschließlich nur für Sie reserviert und nicht nur, um Ihnen die üblichen Wartezeiten zu ersparen, sondern auch, um uns vollständig auf Sie und Ihre Behandlung zu konzentrieren.

Wir bitten Sie, den/die Termine unbedingt einzuhalten. Wenn Sie den/die vereinbarten Termin/e nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, diese/n spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit ggf. noch anderweitig nutzen bzw. planen können. Gerne können wir dann auch gleich einen neuen Termin vereinbaren.

Sie verpflichten sich in Kenntnis der Terminvereinbarung insofern, für den Fall der Säumnis Ihren Termines einen Betrag in Höhe von 80,00 Euro pro ausgefallener Behandlungsstunde zzgl. MwSt. als pauschalierten Schadenersatz und Ausgleich für den entgangenen Schaden zu zahlen.

Die Vereinbarung wurde ausdrücklich besprochen. Der/Die Zahlungspflichtige (oder gesetzliche Vertreter) erklärt sich mit der Vorgehensweise und der Vereinbarung einverstanden.

Langen,

Unterschrift